BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)


IMPRIMERIE J. CLAYE
RUE SAINT BENOIT 7
LABOR
PARIS

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

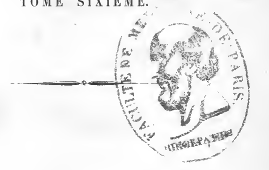
DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1865.

2e SÉRIE

TOME SIXIÈME.



PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1866

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1865.

Présidence de M. RICHET.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale* de Strasbourg. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. — Les *Archives générales de médecine*.

— MM. Béraud et Richard adressent leur démission.

— M. Larrey présente au nom de M. Beurdy, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Batna (Algérie), une observation intitulée : *Calcul de l'urèthre*, extraction par le périnée, guérison; avec trois figures de grandeur naturelle. (Commissaires : MM. Chassaignac, Boinet et Dolbeau.)

— M. Follin présente au nom de M. le docteur Pize (de Montélimart), candidat au titre de membre correspondant, une observation intitulée : *Fistule vésico-vaginale considérable datant de neuf ans*, opérée en 1856 par l'ancienne méthode, récidivée et opérée avec succès par la méthode de M. Marion-Sims modifiée.

COMMUNICATION.

Du traitement des hernies étranglées. — L'opium et les purgatifs après l'opération.

M. VERNEUIL communique les observations de deux cas intéressants de hernies étranglées. Dans l'une, il s'agit d'une dame d'une

belle constitution et d'une bonne santé, âgée environ de 40 ans, qui, portant depuis quelques années une hernie crurale droite assez irrégulièrement contenue par un bandage, vit tout à coup se produire les symptômes d'étranglement : douleur subite dans l'aine, anxiété, face grippée, refroidissement et vomissements incoercibles. Des tentatives assez prolongées de taxis furent faites, sans succès, par le médecin habituel. M. Verneuil, arrivé le lendemain à midi auprès de la malade (15 heures après le début de l'étranglement), se décida immédiatement pour l'opération à cause de la gravité des accidents.

La première partie de l'opération n'offrit rien de particulier, mais quand il fallut débrider, l'anneau était si serré que M. Verneuil ne put introduire aucun corps conducteur; le débridement dut être fait directement avec le bistouri dans une étendue de deux ou trois millimètres, puis complété en haut et en dedans. L'intestin amené au dehors, du liquide intestinal commença à sourdre par une très-petite plaie située au niveau de l'étranglement. Cette anse d'intestin était fortement congestionnée. M. Verneuil fit alors deux points de suture par le procédé Lembert, c'est-à-dire en faisant passer les fils entre la couche musculeuse et la couche muqueuse. L'intestin fut alors réduit avec le soin de maintenir la partie suturée au niveau de l'anneau, près la face profonde de la paroi abdominale. Une amélioration notable se manifesta aussitôt. A cause des conditions particulières de l'intestin, M. Verneuil, au lieu d'administrer un purgatif après l'opération, prescrivit sept centigrammes d'opium. L'éréthisme tomba et tout alla bien.

Une des ligatures se détacha le neuvième jour et l'autre le vingtneuvième. La plaie était alors presque cicatrisée, et quelques jours plus tard la guérison était complète.

En terminant, M. Verneuil dit qu'il croit devoir attribuer une partie du succès obtenu d'une part au mode de suture, d'autre part à l'opium administré après l'opération.

L'autre cas communiqué par M. Verneuil est relatif à un homme de 78 ans qui avait trois hernies, deux inguinales et une ombilicale, qu'il maintenait d'une façon assez irrégulière. Le 24 décembre 1864, à la suite d'efforts pour aller à la garde-robe, une des hernies inguinales sortit plus volumineuse que d'habitude et on ne put pas la réduire. M. Verneuil fut alors appelé à trois heures du matin. Une première tentative de taxis était restée sans succès, il en fit une deuxième pendant dix-huit minutes, après avoir soumis le malade aux inhalations de chloroforme. La hernie ne bougea pas. Le malade fut alors plongé dans un bain, et à neuf heures du matin une troisième tentative de quarante minutes de taxis resta également sans résultat.

La tumeur de l'aine avait le volume des deux poings. Le malade prétendait que les deux tiers supérieurs de cette tumeur étaient formés par une hydrocèle ancienne. J'avais peine à croire à un étranglement véritable à cause du volume de la hernie et la grandeur de l'anneau. Cependant les coliques étaient violentes; en remontant vers le collet du sac on sentait un pédicule du volume du pouce. Les accidents augmentant toujours, je me décidai à opérer. Je fis une incision sur le collet du sac et alors je vis que le point rétréci était au niveau même de l'anneau inguinal externe. J'incisai au-dessous, puis je débridai. Une anse de l'intestin grêle se présenta alors au-devant de l'épiploon; il était, ainsi que le mésentère, d'un rouge foncé tirant sur le noir. Du reste, point d'étranglement par le collet du sac. Je vis alors que la tumeur tout entière était réellement une hernie composée d'une anse d'intestin grêle, d'une portion de l'S iliaque du colon et d'une vingtaine d'appendices graisseux de l'épiploon; la coloration de l'intestin grêle était toute différente de celle du gros intestin. De plus, le sac contenait un grand verre de sérosité. Il n'y avait pas d'hydrocèle. La première partie de la réduction fut facile, mais quand je voulus faire rentrer le gros intestin et les masses épiploïques, cela me fut impossible, quoique j'eusse détruit les adhérences que j'avais rencontrées. La tension de l'abdomen était telle qu'il fallut renoncer à terminer la réduction. Alors je me décidai à reporter le gros intestin dans le vaste sac formé par le scrotum. Je maintins le tout au moyen de sutures faites sur presque toute la plaie.

Après la troisième tentative de taxis, le malade ne se réveilla qu'incomplètement. Il répondit cependant aux questions, mais pour retomber immédiatement dans une espèce de demi-sommeil. La mort survint trente et quelques heures après l'opération, sans que rien de nouveau se soit produit du côté du ventre.

En résumé, dit M. Verneuil, les points essentiels de cette observation sont:

1° La réalité d'un étranglement par l'anneau fibreux inguinal externe;

2° L'irréductibilité de la hernie;

3° La coloration différente de l'intestin grêle et du gros intestin.

M. LEFORT. Les bons effets obtenus par M. Verneuil de l'emploi de l'opium après l'opération des hernies étranglées ne m'étonnent pas. J'y ai eu recours dans quatre cas et toujours les malades s'en sont bien trouvés. Cette pratique, qui consiste à remplacer les purgatifs par l'opium dans le traitement consécutif des hernies étranglées, commence à se généraliser, surtout à l'étranger, et je ne doute pas qu'avant peu il ne soit plus communément accepté en France.

Dans l'un des quatre cas auxquels je faisais allusion tout à l'heure, il s'agissait d'une femme de 40 ans qui avait subi, sans succès, des tentatives multiples de taxis. Il existait chez elle deux tumeurs : l'une occupait la place ordinaire des hernies crurales, l'autre de forme irrégulière, probablement épiploïque, était située plus haut vers le pli inguinal. J'administrai après l'opération un centigramme d'opium par heure. La malade resta cinq jours sans aller à la garde-robe, ce qui ne l'empêcha pas de guérir parfaitement.

Dans un autre cas, la malade resta sept jours sans aller à la garde-robe et elle guérit aussi très-bien.

Je crois que l'opium, dans ces cas, ne rend pas seulement service en calmant tous les phénomènes généraux, mais aussi en diminuant les accidents nerveux réflexes causés par le pincement intestinal.

Dans les cas d'ouverture de l'intestin, soit par la gangrène, soit par l'instrument, l'opium rend encore évidemment de très-grands services. Il est également utile en produisant l'immobilité des parties enflammées. Je crois donc que l'opium doit être préféré aux purgatifs après les opérations de hernies étranglées.

M. DÉSORMEAUX. Je ne sais si la pratique qui consiste à substituer l'opium aux purgatifs, après l'opération de la hernie étranglée, appartient à la chirurgie étrangère, mais je puis affirmer que M. Letenneur (de Nantes) a recours à ce moyen depuis longues années. Je l'ai moi-même employé souvent. Je ne saurais pourtant pas dire aujourd'hui quelle est la méthode qu'il faut préférer à l'autre, car j'ai souvent aussi eu recours aux purgatifs, et j'en ai tiré de bons effets. Peut-être, au lieu d'être exclusif, vaudrait-il mieux chercher à déterminer les indications particulières de chacune de ces méthodes.

M. CHASSAIGNAC. Sur quoi le débridement a-t-il porté dans le cas de hernie crurale ?

M. VERNEUIL. J'ai débridé directement en haut sur l'anneau fibreux.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que le débridement efficace ne se fait jamais sans qu'on ait coupé les anneaux fibreux. C'est là un fait que je tenais à faire ressortir. Je n'ai presque jamais vu l'étranglement causé par le *fascia crebriformis*.

Depuis longtemps, à la Société de chirurgie, il a été question de l'opium comme moyen de traitement consécutif à l'opération dans les hernies étranglées; et cependant je n'ai pas encore osé renoncer aux purgatifs, parce que je trouve en eux un moyen de me convaincre de la perméabilité du tube digestif. Je ne vois que deux contre-indications : la perforation ou la gangrène de l'intestin.

M. DEMARQUAY. Voilà dix ans que je donne l'opium au lieu des

purgatifs. J'ai trouvé cette pratique établie à la maison de santé par mon honorable prédécesseur M. Monod, qui la tenait de M. Beurdy.

Cette manière de faire m'a toujours paru utile. En général, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'opération, les malades vont à la garde-robe spontanément et sans qu'il soit nécessaire de leur donner de purgatif. L'opium a, d'ailleurs, l'avantage de calmer l'éréthisme de l'estomac. Je n'ai pas fait de statistique; mais je puis affirmer que cette méthode réussit mieux que celle qui consiste à administrer des purgatifs.

M. LEFORT. Je ne crois pas qu'une évacuation alvine soit nécessaire pour prouver que tout est rentré dans l'ordre; il suffit de voir cesser les accidents généraux causés par l'étranglement.

M. CHASSAIGNAC. En administrant l'opium, si on a affaire à une hernie mal réduite, on ne peut être averti qu'un certain temps après l'opération; tandis qu'on le sait presque immédiatement en donnant un purgatif, et alors on peut agir de nouveau avant que les accidents inflammatoires soient au-dessus des ressources de l'art.

M. LARREY. Je serais disposé à me ranger à l'avis de M. Chassaignac. Quoi qu'il en soit, je crois devoir à la mémoire de Dupuytren de dire que ce grand chirurgien était partisan de l'opium; or, M. Monod a, je crois, été son interne.

M. VERNEUIL. Je suis aujourd'hui revenu de l'opinion que j'avais autrefois sur la nécessité des purgatifs; cependant je ne crois pas, comme MM. Lefort et Demarquay, qu'il faille toujours les proscrire. Ainsi, par exemple, quand l'intestin est distendu par des liquides et des gaz, je crois utile de le débarrasser de ces matières au moyen d'un purgatif. Nous en avons la preuve dans le soulagement et le bien-être apportés par cette évacuation, dans les circonstances malheureuses où l'on est obligé de pratiquer l'anus artificiel.

M. DEMARQUAY. Il n'est pas nécessaire de purger pour savoir si le cours des matières est rétabli. En effet, les accidents généraux persistent, malgré l'opium, si l'étranglement persiste. D'ailleurs, s'il ne s'agit que d'évacuer l'intestin, je préfère donner simplement des lavements laxatifs.

M. VERNEUIL. Faut-il donner l'opium en cas de péritonite avec ballonnement?

M. DEMARQUAY. Dans ces cas même, l'opium est préférable aux purgatifs, parce que si les vomissements persistent après l'emploi des purgatifs, on ne sait pas à quoi les attribuer, aux purgatifs ou aux accidents d'étranglement.

M. LEFORT insiste sur ce que vient de dire M. Demarquay en réponse à M. Chassaignac, et il ajoute : L'étranglement n'agit pas

seulement, ni même principalement, par l'obstacle au cours des matières. Sa principale action consiste surtout dans l'irritation portée sur les nerfs de l'intestin.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas la prétention de juger ici la question en litige, je veux seulement donner le résumé d'une observation recueillie il y a quelques années. Un malade opéré par moi était allé à la selle après l'opération; néanmoins, voulant me soumettre au précepte généralement donné, on prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz. Le malade mourut. Je ne veux pas dire que la mort ne serait pas survenue sans cela, mais depuis cette époque je ne donne plus de vrais purgatifs et me contente de faire prendre quelques grammes d'huile de ricin.

Dans les cas de péritonite déjà existante, je crois qu'il faut surtout donner de l'opium. Cette manière de faire a, entre autres avantages, celui de permettre de nourrir immédiatement.

M. MARJOLIN demande à ses collègues s'ils ont complétement abandonné la saignée dans les cas de hernies étranglées compliquées de péritonite. Ce qu'il a vu le porte à penser que ce moyen ramène souvent l'action de l'intestin quand celui-ci a été paralysé par l'étranglement.

M. CHASSAIGNAC. Je ne veux pas faire la guerre à l'opium; mais si je préfère les purgatifs, c'est parce qu'ils m'aident à vaincre la paresse intestinale, surtout dans les cas où une dilatation, souvent énorme, de l'anse située au-dessus de l'étranglement, a augmenté encore la paralysie produite par l'étranglement lui-même. J'ajouterai, maintenant, qu'en disant hernie étranglée, nous ne savons pas toujours ce dont nous parlons. Pour moi, il n'y a étranglement que quand il y a eu rejet de matières intestinales par la bouche.

De cette difficulté dans la détermination précise des faits, il résulte un vague extrême, parce qu'on agit dans des circonstances très-différentes les unes des autres. Il y a là des éléments de confusion très-fâcheuse, qui rendront toujours les conclusions difficiles.

M. BROCA. M. Verneuil a constaté l'étranglement par l'anneau fibreux; M. Chassaignac croit que c'est la règle. Pour ma part, je regarde cette opinion comme exagérée, et même, je dis plus, si on voulait établir des proportions exactes, on trouverait un résultat précisément opposé à celui signalé par M. Chassaignac. Je ne veux pas nier la possibilité de faits semblables, mais ce seront toujours des faits exceptionnels.

M. Broca rappelle, en terminant, les longs débats qui ont eu lieu depuis une vingtaine d'années sur ce point de pathogénie herniaire. Un grand nombre de fois, des commissions d'anatomistes des plus

compétents, Bérard, M. Deville, M. Denonvilliers et beaucoup d'autres, se réunirent pour constater sur le cadavre le siége précis de l'étranglement, et jamais ces commissions n'ont pu retrouver l'étranglement par les anneaux fibreux; toujours, au contraire, on acquérait la conviction qu'il avait son siége soit au collet du sac, soit encore plus souvent au niveau d'un des trous du *fascia crebriformis*.

M. Broca ajoute que, il y a quelques années, M. Chassaignac ayant annoncé un cas d'étranglement par l'anneau fibreux chez un malade qui avait succombé, une commission, dont M. Broca faisait partie, se transporta à l'école pratique pour constater le fait. L'examen attentif démontra que M. Chassaignac s'était trompé, et, sur sa demande, l'observation ne fut pas publiée.

M. RICHET confirme les détails donnés par M. Broca et exprime le regret qu'autrefois il n'ait pas été donné suite à la discussion soulevée à ce sujet par M. Chassaignac.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1865.

Présidence de M. BROCA.

M. RICHET, président sortant, s'exprime ainsi :

Chers collègues,

L'année dernière, j'ai inauguré ma présidence par des paroles de gratitude et des remerciements; c'est encore par là que je veux terminer aujourd'hui.

Jamais peut-être je n'ai mieux compris que maintenant, après une année d'expérience, il est vrai, quelles sont les grandes qualités nécessaires pour diriger d'une manière digne et utile les importants débats d'une Société comme la nôtre; mais je dois le dire, et cela sans fausse humilité, à aucun moment je ne me suis fait illusion sur mon insuffisance; j'ai toujours beaucoup plus compté sur vous, sur votre modération, sur votre bienveillance, que sur moi-même. Aussi c'est le cœur pénétré de reconnaissance que je quitte le poste éminent où m'avait élevé votre confiance, pour y appeler un collègue dont nous avons tous appris à connaître et à apprécier, dans d'autres non moins importantes fonctions, l'intelligence, l'activité et le dévouement.

M. **BROCA**, en prenant place au fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Au moment de monter au fauteuil de la présidence, où vos suffrages m'ont appelé, je dois d'abord vous exprimer toute ma reconnaissance pour un si grand honneur. Soyez sûrs que je ferai tous mes efforts pour marcher sur les traces de ceux qui m'ont précédé.

Il y a une vingtaine d'années, lorsque la Société, toute récente, avait encore besoin de se faire connaître, elle choisissait pour président celui de ses membres qui, par l'éclat de son nom et par sa position éminente, pouvait le mieux concourir à sa renommée.

Devenue aujourd'hui célèbre par ses propres travaux, elle peut se passer de cet appui personnel. Loin qu'elle ait à se grandir par le choix de son président, c'est elle, au contraire, qui maintenant fait rejaillir sur lui, par la confiance qu'elle lui témoigne, l'estime dont elle est entourée; elle dispose ainsi d'une haute récompense en faveur de ceux qui l'ont servie avec zèle.

C'est à ce titre seulement, Messieurs, que vous avez pu songer à moi. Vous avez voulu donner un témoignage de satisfaction à votre ancien secrétaire général, et cette pensée redouble encore le prix que j'attache à vos suffrages.

Mon honorable prédécesseur vous a montré, dans son rapport sur la situation de la Société, que vous êtes dans une période de prospérité toujours croissante, et l'intéressant compte rendu du secrétaire sortant, M. Trélat, a fourni la preuve que, pendant l'année qui vient de s'écouler, vous avez payé un large tribut à la science. C'est à ses fruits qu'on juge l'arbre; il est donc bien certain que la Société de chirurgie est engagée dans une bonne voie. Toutefois, la satisfaction que nous en éprouvons ne doit pas nous empêcher de chercher s'il n'y aurait pas quelque chose à changer dans nos habitudes, pour augmenter encore l'utilité de nos travaux.

Depuis quelques années, les communications et les discussions ont acquis une importance dont nous devons nous féliciter; mais vous me permettrez peut-être de vous faire remarquer que les rapports sont devenus plus rares qu'autrefois. Depuis que l'élection des membres correspondants a lieu au scrutin de liste, à la suite d'un rapport collectif, depuis que la lecture préalable des rapports individuels a cessé d'être une formalité indispensable, les rapporteurs, ne craignant plus de nuire, par leurs retards, au succès des candidats, ont laissé quelque peu refroidir leur zèle, que ne stimule plus le sentiment de la confraternité. Il arrive donc fréquemment que les candidats sont élus

avant que les rapporteurs aient rempli leur tâche, et comme à partir de ce moment ils deviennent nos collègues, les convenances aussi bien que le règlement s'opposent à ce qu'il soit fait un rapport sur leurs travaux. Il en résulte deux inconvénients sérieux. La Société est privée d'un des meilleurs moyens de se renseigner sur la valeur de ses candidats, et elle y perd, en outre, l'avantage d'entendre les réflexions scientifiques des rapporteurs, car les rapports ne renferment pas seulement des appréciations personnelles sur le mérite des candidats; le plus souvent, vous le savez, ce sont de véritables mémoires, et plusieurs de ceux que vous avez publiés peuvent être rangés au nombre des œuvres les plus importantes de la Société.

Gardez-vous de croire, d'après cela, que je regrette l'ancienne réglementation. Les motifs d'équité qui vous ont décidés à l'abroger conservent toute leur force. Il ne faut pas que le succès d'une candidature soit exclusivement subordonné à la bonne volonté d'un seul homme; il ne faut pas que la négligence d'un commissaire puisse empêcher indéfiniment la Société de s'adjoindre un candidat éminent. La réglementation actuelle est donc fondée sur la justice, et ce n'est pas moi qui vous conseillerai de la modifier. Mais il dépend de nous de concilier tous les intérêts, et d'ajouter aux bénéfices de l'ordre de choses actuel ceux de l'ancien ordre de choses. Cessons de considérer comme facultatifs et accessoires les rapports dont nous sommes chargés; prouvons que nous sommes capables de les faire sans y être contraints par une nécessité urgente. L'intérêt de nos séances s'en accroîtra, et les communications qui nous sont adressées par des confrères étrangers à la Société deviendront de plus en plus nombreuses, car personne n'ignore que le désir légitime d'obtenir un rapport est un des principaux motifs qui décident les chirurgiens à nous envoyer la relation des faits les plus importants de leur pratique.

Permettez-moi donc, messieurs et chers collègues, d'inviter les rapporteurs à redoubler de zèle. C'est le seul vœu que j'aie à émettre, et j'ai la confiance que vous voudrez bien le prendre en bonne part.

CORRESPONDANCE.

MM. Després et Tilliaux, chirurgiens du bureau central, écrivent pour se porter candidats à la place de membre titulaire vacante.

— M. le docteur J. Ehrmann, de Mulhouse, candidat à la place de membre correspondant, adresse une note sur l'*iridectomie*, et un travail sur l'*uranoplastie* et la *stomatoplastie*. (Commission : MM. Trélat, Verneuil et Foucher.)

— M. Bassaget adresse un avail manuscrit sur l'hygiène des hôpitaux. (Commission : MM. Lefort, Danyau, Trélat.)

— MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, adressent un nouveau modèle de la seringue de Pravaz, permettant de mesurer régulièrement la quantité de liquide injecté et d'adapter les ajutages de la seringue d'Anel.

— M. le professeur Longmore, député inspecteur général, fait hommage de son *Manuel d'instruction pour les chirurgiens d'armée, sur l'examen de la vue chez les recrues.*

— M. le docteur Snellen, d'Utrecht, adresse son *Modèle des types d'imprimerie pour mesurer la portée de la vue.*

— M. Larrey fait hommage de la part de MM. Mitchell et Keen de leur *Traité sur les blessures des nerfs.*

— M. Giraldès présente au nom de M. Uytterhoeven, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Bruxelles :

1° Un volume intitulé : *Notice sur l'hôpital Saint-Jean ;*

2° Un volume de mélanges de chirurgie, d'ophthalmologie et d'hygiène publique ;

3° Une brochure sur la meilleure manière d'extraire la pierre de la vessie ;

4° Deux brochures sur l'hygiène hospitalière ;

5° Quatre brochures sur les moyens de secourir les blessés sur le champ de bataille.

Il demande à la Société de vouloir bien le placer sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

A propos du procès-verbal :

M. HUGUIER demande la parole pour faire valoir ses droits à la priorité d'un procédé opératoire destiné à remédier à l'ankylose de la mâchoire inférieure.

Dans le compte-rendu général de M. Trélat s'est glissée une petite erreur, dit-il. M. le rapporteur attribue à M. Boinet un procédé qui ne lui appartient pas, comme le prouve la lecture de nos bulletins. (*Bulletins* de 1863, p. 310, 311 et 312).

Après cette citation, M. Huguier revient avec détails sur les différents temps de son procédé dont l'idée essentielle consiste à enlever l'*angle* de la mâchoire et non pas seulement un triangle d'une portion quelconque du maxillaire inférieur. De cette façon, il évite plus facilement la récidive de l'ankylose tout en causant moins de difformité. Il trouve à ce procédé un dernier avantage, c'est d'être applicable même aux cas où il y aurait ankylose double, car en enlevant les deux angles du maxillaire inférieur, la partie moyenne pourrait recouvrer sa mobilité.

M. TRÉLAT. Je remercie M. Huguier de me fournir l'occasion de rectifier une erreur involontaire, il suffira de remplacer le nom de

M. Boinet par celui de M. Huguier. Mais je ferai cependant remarquer à notre honorable collègue que l'erreur n'est pas aussi grande qu'il veut bien le dire, car, nulle part, dans mon compte rendu, il n'est question du procédé de M. Boinet. J'ai simplement parlé d'un succès de M. Boinet et non d'un procédé; cela m'eût été bien difficile, puisque je n'ai pas dit comment ce succès avait été obtenu.

M. BOINET. Tous ces malentendus sont faciles à expliquer. La jeune malade, qui avait été adressée par moi à M. Huguier, fut opérée une première fois par la section simple qui resta sans succès. Un peu plus tard, M. Verneuil ayant entretenu la Société du procédé d'Esmarck et Rizzoli, nous formâmes le projet de pratiquer une nouvelle opération que nous fîmes en commun, M. Huguier, M. Verneuil et moi. Cette fois, un triangle osseux et non l'angle de la mâchoire fut enlevé. Cette opération fut suivie de succès, et toutes les fois que j'en ai parlé, je n'ai jamais manqué de citer M. Huguier et M. Verneuil. Je n'ai donc jamais eu l'intention de m'attribuer quoi que ce soit.

M. VERNEUIL. Je crains que M. Huguier ne s'exagère le petit degré d'injustice qui aurait pu lui être fait. Car partout, dans la thèse de M. Mathé, dans la *Gazette hebdomadaire*, partout il est dit, la malade de M. Boinet, le procédé de M. Huguier.

Il y a dans ce procédé deux choses : une conception théorique, une opération pratiquée. La conception théorique consiste à fixer à l'avance un point précis du maxillaire pour l'excision qui doit être faite. Dans le procédé d'Esmarck et Rizzoli, au contraire, on enlève un triangle osseux là où l'on peut, la place varie suivant les cas. Or, il faut bien ne pas oublier que la conception de M. Huguier n'est exécutable qu'autant que les cicatrices ne répondent pas à l'angle de la mâchoire. Du reste, Messieurs, conformément à ce que j'ai soutenu autrefois sur l'efficacité de la section simple, accompagnée et suivie de certaines pratiques, je suis encore prêt à le soutenir aujourd'hui. J'espère prouver ce que j'avance dans le rapport que je compte lire prochainement à la Société sur un fait de ce genre, adressé par M. Hergott de Strasbourg. Quant à l'application que M. Huguier espère qu'on pourrait faire de son procédé aux cas d'ankylose double, je ne la crois pas réalisable utilement, ou le menton tomberait ou l'ankylose se reproduirait.

M. HUGUIER. Je n'ai jamais pensé que mon procédé puisse s'appliquer à tous les cas; quant à l'abaissement du menton, je crois qu'il serait évité par l'action des muscles de la face qui suffiraient à maintenir la mâchoire inférieure. En supposant d'ailleurs que la bouche ne se fermât pas complétement, cela vaudrait encore mieux que de ne pas pouvoir l'ouvrir.

M. VERNEUIL. Les muscles signalés par M. Huguier pourraient peut-être bien s'opposer à la chute du maxillaire inférieur, mais ils ne pourraient certainement pas servir à la mastication.

Cet incident terminé, M. Chassaignac demande que la question de l'étranglement par les anneaux soit mise à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

La Société, consultée, décide qu'il sera fait suivant le désir de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION.

Appareil prothétique destiné à parer à l'avortement des membres.

M. DE BEAUFORT présente un jeune homme né avec une anomalie de la main gauche. C'est un cas d'ectrodactylie, où le métacarpe et le pouce sont enfermés dans une poche de peau qui permet cependant au pouce de se fléchir d'une manière sensible. Le poignet exécute complètement les mouvements de pronation et de supination.

En faisant confectionner par M. Fichot, une main artificielle, M. de Beaufort a eu recours à son principe de doigts rigides et de pouce mobile, principe dont il a présenté des modèles à la Société de chirurgie, le 28 novembre 1855 et le 3 mars 1858 (1).

La simplicité de cette invention a le double avantage d'empêcher toute déperdition de force dans la préhension des objets, et d'établir un bon marché sans précédent en orthopédie.

L'inventeur a fait creuser, dans une de ses mains artificielles, une cavité pour recevoir la main rudimentaire; une couverture en cuir embrasse la surface dorsale de la main; deux languettes rattachent la main artificielle à un bracelet qui entoure le poignet.

Une corde de traction attachée au pouce, glisse dans une passe fixée au bracelet, ainsi que dans une autre passe d'un second bracelet qui prend le bras à la hauteur du coude.

La corde de traction se termine sur une embrasse qui contourne l'épaule droite.

Un mouvement du bras, ou même un simple renversement du poignet, suffit pour produire le mouvement du pouce, en surmontant la résistance d'un ressort en caoutchouc qui tend à le maintenir pressé contre l'index et le médius.

Le jour même où ce jeune homme fut muni de l'appareil, il put s'en servir avec facilité, levant un poids d'un kilogramme, etc.

(1) Le compte-rendu de 1855 ayant été fautif à cet égard, rectification a été faite en 1858.

Cette main artificielle dont la simplicité est extrême, n'est susceptible d'aucun dérangement; son prix de revient est de quelques francs seulement.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Ostéite du grand trochanter ayant simulé une coxalgie.

M. MARJOLIN. La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société m'a paru d'autant plus intéressante, que je crois ce cas assez rare, et qu'au point de vue du diagnostic il peut induire en erreur; c'est, au reste, le premier fait de ce genre que j'ai été à même d'observer depuis bientôt onze ans dans un service d'enfants.

Le 19 décembre 1864, la nommée Victorine F..., âgée de treize ans, non réglée, en apparence d'une assez forte constitution, occupée au rude métier de chiffonnière, se présente à la consultation, se plaignant de souffrir depuis plusieurs jours de la hanche et de la cuisse du côté gauche. Elle n'avait pas fait de chute; mais habituellement elle portait de ce côté un panier assez lourd, ce qui la fatiguait beaucoup. Elle ne pouvait marcher sans souffrir et sans boiter; la jambe était un peu dans la demi-flexion.

Le 20 décembre, je constatai à la visite ces mêmes signes; seulement, comme la déformation soit de l'aine, soit du pli de la fesse, était très-peu prononcée, malgré sa claudication très-marquée et une douleur qui augmentait toutes les fois que par suite de la pression sur le grand trochanter on cherchait à refouler la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, MM. Leroy et Meuriot, internes du service, conçurent quelques doutes sur l'existence d'une coxalgie. L'enfant étant trop fatiguée pour supporter un plus long examen, je remis au jour suivant à établir d'une manière plus précise la position de la cuisse par rapport au bassin, et à examiner complétement quelles étaient l'étendue et la nature des mouvements.

Je me contentai de prescrire un bain, l'immobilisation des deux membres abdominaux, et l'application d'un cataplasme émollient sur la hanche.

Le lendemain malheureusement et les jours suivants nous ne pûmes pas examiner de nouveau la hanche, une nouvelle complication très-grave étant survenue.

A dater du 21 décembre jusqu'au 16 janvier, l'enfant passa par une série d'accidents des plus graves résultant d'une fièvre typhoïde. De temps à autre l'affection nous laissait quelques lueurs d'espérance; mais la perspective de la convalescence était encore bien triste, car nous aurions été très-probablement contraints, aussitôt que l'état géné-

ral l'eût permis, de pratiquer l'amputation de la jambe gauche à cause d'une suppuration de l'articulation tibio-tarsienne gauche qui avait détruit toutes les parties molles environnantes, et avait établi une large communication avec les surfaces articulaires profondément altérées. Enfin, par suite d'une large eschare de 12 à 15 centimètres, le sacrum se trouvait entièrement dénudé, et, comme si tant de complications étaient insuffisantes, un vaste abcès occupant les deux tiers supérieurs et externes de la cuisse gauche survint vers les derniers jours.

Malgré une suppuration aussi abondante et aussi généralisée, l'enfant résista longtemps, et ce ne fut que dans les derniers jours qu'il survint des frissons et des sueurs. A tous ces accidents, j'opposai le quinquina, le sulfate de quinine et l'alcoolature d'aconit, les lotions toniques, et les pansements avec la poudre de charbon et de quinquina, mais rien ne put arrêter les progrès de la maladie, et l'enfant succomba le 16 janvier.

Pendant tout ce temps, jamais notre attention ne fut entièrement détournée de l'affection primitive; seulement, en voyant, d'une part, la suppuration de l'articulation tibio-tarsienne et la vaste collection purulente survenue à la cuisse, je crus qu'il ne s'agissait pas seulement ici d'une coxalgie aiguë, mais plutôt d'une ostéo-myélite de la partie supérieure du fémur avec tendance à se généraliser sur d'autres points du système osseux. L'autopsie me démontra que je m'étais trompé, qu'il n'y avait eu qu'une ostéite suppurée du grand trochanter sans que le reste du fémur fût atteint; l'articulation coxo-fémorale était parfaitement saine, et il a semblé que l'inflammation du tissu osseux s'était tout à fait limitée au grand trochanter, qui était le point de départ de l'abcès mentionné. L'examen de l'articulation tibio-tarsienne nous démontra que non-seulement l'état des parties molles n'aurait pas permis de conserver le pied, mais l'ostéite suppurée avait envahi toute la partie inférieure du tibia et du péroné à plus de 2 centimètres au-dessus du cartilage épiphysaire.

A quel genre d'affection avions-nous eu affaire? Évidemment, puisque l'articulation coxo-fémorale était saine, il ne s'agissait pas d'une coxalgie proprement dite; mais je crois que d'après les signes qu'il nous a été possible de saisir avant la manifestation de la fièvre typhoïde, bien des praticiens auraient conclu, comme nous, à l'existence d'une coxalgie. J'ajouterai comme complément que, malgré les frissons et les sueurs survenus dans les derniers jours, malgré les nombreux et vastes foyers de suppuration disséminés sur plusieurs régions éloignées, nous n'avons pas trouvé d'abcès métastatiques dans les poumons.

M. CHASSAIGNAC. Ce fait me paraît fort important. En effet, les erreurs qui consistent à prendre les maladies de la partie supérieure du fémur pour des coxalgies sont faciles et communes. On peut expliquer ainsi certains succès d'appareil à réduction dans des cas où la luxation n'existait réellement pas. M. Chassaignac ajoute qu'au moyen de l'anesthésie chloroformique on peut sortir d'embarras.

Dans le cas de coxalgie véritable, la raideur et la difficulté du mouvement persistent pendant l'anesthésie. On retrouve, au contraire, la mobilité quand le trochanter seul est malade.

M. VERNEUIL. La pièce présentée par M. Marjolin est très-intéressante au point de vue du diagnostic de la coxalgie. Je demanderai à notre collègue si, pendant la vie, on a pu constater la possibilité d'imprimer au membre des mouvements d'*abduction* sans transmettre de mouvement au bassin.

M. MARJOLIN. Je répondrai tout de suite à M. Verneuil que les accidents typhoïdes ne m'ont pas permis de me livrer à cet examen. Je dirai seulement qu'il ne faudrait pas donner trop d'importance à ce signe, surtout dans le diagnostic des coxalgies commençantes.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1865.

Présidence de M. BROCA.

M. le président annonce à la Société la triste nouvelle de la mort de M. Debout.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Une circulaire des membres de la commission pour l'érection d'une statue à Dupuytren à Pierrebuffière (Haute-Vienne) invitant la Société à vouloir bien lui prêter son appui en ouvrant une souscription. Tous les membres de la Société ayant déjà souscrit pour ce sujet, à divers titres, le bureau pense qu'il n'y a pas lieu d'ouvrir une souscription dans le sein de la Société.

— M. le docteur Pravaz, de Lyon, nous adresse la lettre suivante avec une photographie :

« J'ai l'honneur de transmettre à la Société de chirurgie, pour être déposée dans ses archives, la photographie que je joins à ma lettre. Cette photographie représente l'état *actuel* de l'enfant que j'ai con-

duit l'an dernier devant la Société et permet de constater la persistance du résultat ohtenu. Non-seulement, ainsi qu'on peut le voir, l'état des formes n'a pas changé depuis un an, mais encore une amélioration très-considérable s'est produite dans la marche. La claudication est extrêmement faible, et l'enfant peut maintenant marcher librement et *courir* avec ses compagnons. Je l'ai soumis à toutes les épreuves imaginables pour m'assurer de la solidité du résultat, et ce résultat ne s'est pas démenti. Je crois donc que c'est là un succès réel et qui doit engager à de nouvelles tentatives, et que la chirurgie possède actuellement le moyen de rendre la marche beaucoup plus facile chez un grand nombre d'infirmes qui, jeunes, marchent encore quelquefois assez facilement, mais deviennent le plus souvent tout à fait impotents par les progrès de l'âge. Mon seul désir est de voir maintenant la méthode de mon père appliquée par d'autres que par moi, car un résultat favorable, se présentant sous d'autres auspices, aurait peut-être plus de poids, et je me regarderai comme suffisamment rémunéré de mes peines si j'ai pu seulement appeler l'attention sur un sujet presque entièrement inexploré. »

— M. Désormeaux offre en hommage à la Société son ouvrage intitulé : *De l'endoscope*, et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie. Des remerciements sont adressés à M. Désormeaux.

— M. Giraldès présente à la Société de chirurgie au nom de M. Prescott Hewett, membre correspondant étranger, une brochure du plus haut intérêt intitulée : *Index général des transactions de la Société pathologique de Londres.*

— M. Follin présente au nom de M. Meunier, pour le concours du prix Duval, 1865, deux exemplaires de sa thèse : *De l'atrophie des nerfs et des papilles optiques* dans ses rapports avec les maladies du cerveau.

Il résulte de ce travail que le plus grand nombre des amauroses, caractérisées par une atrophie des papilles optiques, sont liées à une lésion cérébrale circonscrite, soit au niveau des tubercules quadrijumeaux, soit sur un point du trajet des nerfs optiques.

A propos du procès-verbal :

M. LEFORT fait part à la Société d'un cas analogue à celui présenté par M. Marjolin dans la dernière séance. Il s'agissait d'une malade couchée à la Charité, dans le service de M. Denonvilliers; cette femme présentait tous les symptômes de la coxalgie. Je ne pouvais cependant pas arriver sur les os. Peu à peu l'état général s'altéra et la malade mourut. A l'autopsie nous ne trouvâmes qu'une *nécrose du grand trochanter.*

DISCUSSION.

De l'étranglement des hernies par les anneaux fibreux.

M. CHASSAIGNAC. C'est à l'occasion d'une communication très-intéressante, faite à la Société par M. Verneuil, que s'est engagée la discussion qui se continue aujourd'hui.

Saisissant en quelque sorte sur le fait, non pas la nature, mais la pratique, et voyant combien M. Verneuil avait mis de soin à préciser la cause anatomique de l'étranglement chez ses opérés, j'ai pensé qu'il y avait là une excellente occasion, non pas de traiter à fond la question de l'étranglement, mais de recueillir, de la part d'un observateur impartial, des renseignements d'une grande opportunité.

Des débridements ayant positivement porté sur l'arête fibreuse, dans deux cas, l'un de hernie crurale, l'autre de hernie inguinale, valaient la peine d'être pris en sérieuse considération.

Il ne s'agit pas de raviver dans sa forme première la vieille querelle des anneaux et des collets. Elle a fait son temps. A l'époque où elle a eu lieu, il y avait deux doctrines opposées l'une à l'autre. Aujourd'hui trois théories sont en présence : celle des anneaux, celle des collets, celle enfin des arêtes fibreuses.

Ce serait se tromper d'époque et se méprendre sur l'état actuel des esprits en chirurgie que de reproduire des arguments connus de tous, et qui ne nous apprendraient que bien peu de chose. D'ailleurs, malgré de nombreuses dissidences sur tels ou tels points de la pathologie herniaire, il en est sur lesquels les chirurgiens sont d'accord, tous admettant qu'il y a des cas où l'étranglement est très-certainement causé par le collet du sac, d'autres dans lesquels le rôle des anneaux fibreux est indéniable.

La question a changé de face : des éléments nouveaux y ont été introduits, des faits ont été publiés dont on voudrait en vain méconnaître la portée.

L'anatomie pathologique, envisageant d'un autre point de vue que par le passé la localisation de la lésion intestinale dans la hernie étranglée, a révélé de nouveaux faits conduisant à des conséquences tout autres que celles qui avaient été formulées dans la période dite théorique de la discussion sur les causes de l'étranglement dans les hernies.

Mais ce sont surtout la clinique et la médecine opératoire qui ont apporté de précieux contingents pour la solution du problème.

Je prie la Société de croire que ce n'est point sans mûres réflexions, ni sur quelques observations isolées et où je n'aurais même pas été

témoin oculaire, que je me suis fondé pour émettre un avis sur cette grave et importante question.

Dans un espace de dix années j'ai opéré 79 malades atteints de hernie étranglée. Sur ces 79 opérés, 33 l'ont été pour des hernies crurales. Dans toutes sans exception j'ai pratiqué le débridement en haut sur le ligament de Fallope. J'ai souvent cherché sans succès l'étranglement produit par un trou du fascia crebriformis, et ce que je suis parfaitement sûr d'avoir constamment trouvé, c'est qu'on ne pouvait amener de nouvelles portions d'intestin au dehors et réduire facilement, que lorsqu'on avait sectionné l'arête crurale.

Quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur la cause anatomique de l'étranglement crural, il est une circonstance bien digne de remarque, c'est la juxtaposition très-étroite qui s'établit entre la partie la plus serrée du collet du sac et la portion tranchante de l'anneau. C'est un fait que nous considérons comme constant, car nous l'avons retrouvé dans tous les cas de hernie crurale étudiés au point de vue de l'étranglement. Nous n'avons jamais vu, par exemple, un collet de sac crural à l'état d'étranglement qui put jouer dans l'intérieur de l'anneau, comme le ferait le petit doigt dans une bague destinée à l'indicateur.

Cette particularité a dû frapper l'attention de tous les chirurgiens qui, en pratiquant le débridement de la hernie crurale, se sont bien rendu compte de ce qu'ils faisaient. Elle nous a toujours inspiré des doutes sur la solidité des théories qui attribuent au fascia crebriformis le rôle principal dans l'étranglement de la hernie crurale.

Ce n'est pas au niveau du ligament de Fallope, mais bien au-dessous de lui et à une certaine distance que se trouve l'orifice quelconque du fascia crebriformis qui produirait l'étranglement. Or comment se fait-il que cet orifice remonte pour se mettre en rapport et dans un contact si direct avec le bord tranchant du ligament de Gimbernat? Il y a là une difficulté d'explication non moins grande assurément que celle qui a été proposée aux partisans de la théorie des anneaux, quand on les a mis en demeure d'expliquer comment, avec la grandeur et la fixité connues de l'anneau crural, ce dernier pouvait produire l'étranglement.

Il y a d'ailleurs une expérience clinique qui apprend, mieux que ne pourraient le faire les dissections les plus subtiles de la région crurale, quelle est ici la véritable cause de l'étranglement. Et voici cette expérience :

Sur un sujet atteint de hernie crurale réductible, après avoir bien constaté les caractères extérieurs de la hernie, réduisez-la; puis, introduisez le doigt en refoulant la peau dans le trajet de la hernie;

vous trouverez d'abord que ce doigt ne pénètre nullement à travers un trou du fascia crebriformis, qu'il arrive d'emblée à l'intérieur de l'anneau crural, où la saillie tranchante et abrupte du ligament de Gimbernat lui révèlent, bien mieux que ne pourraient le faire de longs raisonnements, quelle doit être la véritable cause des accidents.

Ces explorations digitales du trajet des hernies réduites m'ont toujours paru beaucoup plus instructives pour le chirurgien que ne le sont les spéculations purement anatomiques.

Et à cette occasion, je dirai que la cause des erreurs contre lesquelles je m'élève tient, en grande partie, à l'immixtion trop grande des anatomistes dans une question où ils devaient faire une large part à la compétence des chirurgiens qui ont opéré un grand nombre de hernies.

Les définitions anatomiques de l'étranglement ne servent à rien au lit du malade, puisque les caractères anatomiques ne peuvent être constatés que par l'opération ou par l'autopsie. Il faut chercher une autre base de définition, et c'est aux signes cliniques qu'elle doit être demandée.

La définition clinique assigne pour caractères à la hernie étranglée, d'une part : l'interception absolue du cours des matières ; d'autre part : le rejet par vomissement des matières de l'intestin grêle.

Si l'on nous objecte que cette définition ne peut pas s'appliquer à un certain nombre de hernies qu'on opère comme étranglées, nous avons à répondre que dans beaucoup de cas l'opération est faite préventivement, pour conjurer des accidents redoutables, tels que la péritonite, la perforation intestinale, qu'on voudrait en vain arrêter plus tard. De telle sorte que la grande majorité des hernies qu'on opère sont à l'état d'étranglement *présumé* et non démontré.

On ne peut donc, avant l'opération, affirmer l'existence de l'étranglement qu'autant que les deux caractères ci-dessus indiqués se trouvent réunis d'une manière non douteuse.

La cause initiale de l'étranglement réside presque constamment aux anneaux aponévrotiques, sous forme d'une vive arête, qui, à travers le collet du sac, produit une encochure analogue à celle qu'imprimerait sur un doigt tuméfié la partie étroite d'une bague chevalière.

Dans un certain nombre de hernies parfaitement étranglées, aussitôt que le sac est ouvert et avant tout débridement, on peut faire pénétrer dans le péritoine, par l'intérieur du collet du sac, une algalie de volume ordinaire, pourvu qu'on la fasse glisser sur le côté qui ne répond pas à la vive arête.

Lorsque l'étranglement d'une hernie a duré assez de temps pour laisser à la surface de l'intestin des traces de sa présence, ces traces

répondent toujours à la partie la plus tranchante de l'anneau aponévrotique, autrement dit à la vive arête.

Aussi, tout débridement qui n'a pas pour effet de relâcher la vive arête fibreuse, soit en portant directement sur elle, soit en agissant dans sa proximité immédiate, est un mauvais débridement. Il n'est pas efficace. La hernie reste accrochée. On ne peut, sans difficulté, ni attirer au dehors de nouvelles portions d'intestin, ni réduire les parties déplacées.

L'étranglement des hernies n'implique donc nullement la nécessité d'une constriction uniformément circulaire, et ce qui le prouve c'est : 1° la perméabilité péritonéale à travers le collet du sac dès que celui-ci est ouvert ; 2° la localisation des empreintes de l'étranglement sur un côté du pédicule de la hernie, contrairement à l'existence d'une empreinte régulièrement circulaire, qui, dans les données des théories anciennes, ne pourrait manquer d'exister.

Ainsi, la question n'est plus de savoir s'il y a des étranglements produits par le collet du sac ? Il y en a. S'il en est d'autres qui soient dus aux tissus aponévrotiques ? Tout le monde l'admet. Ce que l'on veut connaître, ce qu'il importe de déterminer pratiquement, c'est la proportion comparative des étranglements produits par les collets, eu égard aux étranglements dus à l'élément fibreux.

Veuillez remarquer que ceux-là même qui défendent à outrance la théorie des collets, et qui sont presque tous partisans de l'étranglement par le fascia crebriformis ne s'aperçoivent pas qu'en admettant l'action de ce fascia, ils font une concession involontaire, mais formelle, à l'opinion qui attribue l'étranglement à des agents autres que le collet du sac, et en outre que toutes les hernies autres que la crurale, et qui n'ont rien à voir au fascia crebriformis (or, ce sont les plus nombreuses), n'ont plus de par cette théorie d'autre cause d'étranglement que le collet du sac, idée contre laquelle proteste l'expérience de tous ceux qui ont opéré beaucoup de hernies.

En résumé, ce qui intéresse, ce qui est digne de toute attention, c'est de savoir, quand on débride une hernie, s'il faut se contenter de diviser le collet du sac, ou si l'on est tenu de sectionner l'arête aponévrotique des anneaux.

Soyez persuadés, Messieurs, que si chaque fois que l'un de nous opère une hernie étranglée, il s'assure du point précis et de l'étendue de son débridement, et s'il fait connaître le résultat de ses observations avec autant d'exactitude qu'en a apportée ici M. Verneuil, vous serez très-promptement édifiés sur la valeur pratique des diverses théories que vous avez à juger.

Jusque-là, permettez-moi de vous dire que, dans mon opinion,

cette enquête confirmera l'idée que tout débridement qui ne divise pas l'arête fibreuse est insuffisant et dangereux. Et si plus tard l'un de vous, usant de la formule présidentielle, vient vous dire : que ceux qui sont d'avis que la plus grande partie des étranglements ne dépendent pas du collet du sac lèvent la main! vous verrez une majorité non douteuse adopter nos principes, surtout à mesure que ceux qui ont déjà pris parti dans la question par leurs paroles ou par leurs écrits, auront eu le temps de modifier des opinions dans lesquelles une partie de la génération chirurgicale actuelle a été élevée.

M. GIRALDÈS. La lecture de M. Chassaignac ne saurait passer sans discussion ; notre collègue ne veut pas que les hernies crurales s'étranglent par les trous du *fascia crebriformis*, et il prétend que les raisons qu'on a fait valoir pour soutenir cette opinion sont des raisons d'anatomiste. Mais c'est précisément le contraire qu'il faudrait dire. En effet, c'est l'expérience clinique de tous les jours qui montre que le débridement ne porte pas sur le ligament de Gimbernat; et ce siége précis du débridement, j'ai pu, dans un certain nombre de cas malheureux, le constater *post mortem*. M. Chassaignac ajoute qu'on peut souvent pénétrer avec le doigt par la partie supérieure de l'orifice par lequel passe l'intestin hernié. Je crains que cette opinion ne résulte de la confusion de certaines hernies inguinales directes avec les hernies crurales, hernies inguinales directes qui sortent, chez les femmes, un peu en dessous et en dehors de l'anneau inguinal externe. Il y a trois ans, un cas de ce genre se présenta à l'hôpital Necker; je diagnostiquai une hernie inguinale située au point que je viens d'indiquer. La malade mourut malgré l'opération, et je pus vérifier, par la dissection, l'exactitude du diagnostic porté pendant la vie. Je continue donc à penser qne, dans presque tous les cas de hernies crurales, l'étranglement se fait par les orifices du *fascia crebriformis*.

M. VERNEUIL. M. Chassaignac a rappelé mes observations et les a fait rentrer toutes deux dans la classe de celles qui offrent l'étranglement au niveau des anneaux fibreux. Il n'y en a qu'une seule qui rentre dans cette catégorie.

J'ajouterai, qu'au moment de l'opération, l'erreur sur le lieu précis du débridement n'est pas difficile. Je me rappelle avoir déposé au musée Dupuytren une pièce dans laquelle je croyais avoir débridé sur l'anneau crural. L'examen fait, après la mort, démontra qu'il n'en était rien ; c'était le collet du sac que j'avais sectionné.

Pour les hernies inguinales, il arrive quelquefois qu'on coupe l'orifice externe du canal inguinal; on croit qu'on va pouvoir réduire, mais bientôt on voit que la réduction est impossible sans le débridement du sac.

Du reste, je ne connais pas d'autre fait, observé par moi, que je puisse rapprocher de celui que j'ai communiqué récemment.

M. CHASSAIGNAC. Toutes les fois que je n'ai pas débridé sur l'anneau, il m'a été impossible d'opérer la réduction. Je crois donc utile que l'enquête soit faite à nouveau. C'est le seul moyen d'arriver à la vérité.

M. VELPEAU. Je crois que la question a déjà été bien discutée, et que d'ailleurs cela ne change pas la conduite à tenir dans la pratique. La thèse de M. Demeaux, dont les éléments ont été puisés dans mon service, ne m'a pas fait changer ma manière de faire. J'admets les idées de M. Demeaux, et à l'époque où parut son travail j'avais déjà écrit que dans un assez grand nombre de cas l'étranglement avait lieu par les anneaux, contrairement à l'opinion exclusive de Dupuytren et de M. Malgaigne. Avant la thèse de M. Demeaux, on faisait jouer un grand rôle au ligament de Gimbernat, et on ne parlait guère du *fascia crebriformis*. Depuis cette époque, j'ai pu constater souvent que c'était bien un des orifices du *fascia crebriformis* qui était la cause de l'étranglement. Cela m'a fortifié de plus en plus dans l'opinion que, pour les hernies crurales, c'est presque toujours un anneau fibreux qui étrangle.

Quant au lieu précis où doit être pratiqué le débridement, je suis bien convaincu depuis longtemps que, pour les hernies crurales, on peut débrider indifféremment dans tous les sens. Il existe, en effet, une très-grande distance entre l'orifice étranglant et la place occupée par les vaisseaux qu'on doit éviter. Le plus ordinairement je débride en haut et en dehors, sans tenir beaucoup à cette dernière direction. Je fais volontiers des débridements multiples. Je ne parle ici que de la hernie crurale.

M. BROCA. M. Velpeau a fait avec raison une distinction que M. Chassaignac a un peu trop oubliée. Autrefois, on était exclusif et on ne croyait qu'à l'étranglement par les anneaux fibreux. M. Chassaignac a transporté dans l'histoire de la hernie crurale ce qui ne s'appliquait qu'à la hernie inguinale. Pour ce qui regarde les hernies crurales, deux opinions se sont succédées. D'abord on a cru à l'étranglement par l'anneau crural; puis plus tard, après la publication de la thèse de M. Demeaux, on a reconnu que cet étranglement se faisait par un des trous du *fascia crebriformis;* mais jamais, pour les hernies crurales, on n'a prétendu que l'étranglement reconnut pour cause la plus fréquente le collet du sac. Cela a été dit, je le répète, pour les hernies inguinales, mais pas du tout pour les hernies crurales.

M. Chassaignac prétend que ce sont des anatomistes qui ont ainsi fixé le siége de l'étranglement, mais il n'en est rien; ce sont des cli-

niciens qui, dans les cas de hernies terminés par la mort, y ont regardé de près, et ont pu constater *de visu* que le débridement avait porté sur le *fascia crebriformis* et non sur le ligament de Gimbernat.

M. Chassaignac a dû faire un certain nombre d'autopsies; or, a-t-il jamais pu voir au fond de son débridement l'artère spermatique ou le canal déférent? Dans les cas nombreux que j'ai pu examiner anatomiquement, je n'ai jamais vu, dans la hernie crurale, l'étranglement produit par l'anneau crural.

M. CHASSAIGNAC. Je ne suis pas partisan de l'étranglement par les anneaux, comme dans l'ancienne théorie; mais je trouve juste l'opinion qui place sur le ligament de Gimbernat, comme sur une vive arête, le siége de l'étranglement. M. Broca m'a demandé si, dans le débridement en haut, j'avais pu voir le cordon et l'artère spermatiques. Mais jamais le débridement n'est assez étendu pour cela. Ce que je dis et ce que je soutiens, c'est que tant que le débridement n'a pas porté sur le ligament de Gimbernat, on ne peut pas réduire. Je me rappelle un fait présenté par M. Trélat à la Société anatomique, dans lequel il y avait plaie intestinale; une des lèvres de la plaie était au-dessus de l'anneau fibreux, l'autre était au-dessous.

Si c'est un trou du *fascia crebriformis* qui étrangle, pourquoi la trace de l'orifice étranglant n'est-elle pas circulaire? Ce que je crois être la vraie cause de l'étranglement, c'est une *vive arête inférieure* et non l'anneau fibreux tout entier.

M. BROCA rappelle le cas présenté par M. Chassaignac comme un exemple d'étranglement par l'anneau crural, et dans lequel l'examen anatomique le plus simple a démontré qu'il s'agissait bien d'un trou du *fascia crebriformis*.

M. CHASSAIGNAC. Voici ce qui arriva dans cette circonstance. Une femme meurt sans être opérée. Je montre alors aux élèves qu'on peut passer une algalie par la partie supérieure de l'orifice de sortie. Je veux mettre cette pièce sous les yeux de la Société de chirurgie, je l'enlève avec soin sur le cadavre, je l'apporte à la Société, et au moment de faire ma démonstration, pour la seconde fois, je me trouve dans l'impossibilité de faire passer le moindre stylet par l'orifice herniaire. A quoi faut-il attribuer ces changements? je ne saurais trop le dire, mais cela nous montre la possibilité de certains resserrements postérieurs à la mort, soit sous l'influence de l'eau destinée à conserver la pièce, soit à cause des tiraillements produits dans l'enlèvement de la région malade.

M. BROCA. Je ferai remarquer à M. Chassaignac que mes souvenirs sont très-précis et que la pièce n'avait été mise dans aucun liquide.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Extrémité supérieure du fémur ayant appartenu à un enfant qui présentait tous les symptômes de la coxalgie.

M. MARJOLIN montre cette pièce pour prouver une fois de plus que certains malades peuvent offrir tous les signes de la coxalgie commençante sans qu'il existe la moindre lésion anatomique appréciable, ni sur le fémur, ni sur les ligaments, ni sur les muscles. M. Marjolin s'empresse cependant d'ajouter que quinze jours de traitement par les cataplasmes, le repos au lit et l'immobilisation ont bien pu faire disparaître les lésions pathologiques légères qui auraient pu exister au début.

Le petit malade était un enfant de deux ans qui succomba à une rougeole contractée dans les salles, grâce à l'absence de chambres d'isolement.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1865.

Présidence de M. BROCA.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de la semaine.

Le *Journal de médecine de Bordeaux;*

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale;*

Le *Compte-rendu des travaux de l'année* 1863-1864 *de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat* (Allier).

— M. Léon Labbé fait hommage à la Société des *Leçons sur les hernies abdominales* faites à la Faculté de médecine de Paris par le professeur Gosselin.

— M. le docteur Tarnier écrit pour se porter candidat au titre de membre titulaire.

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Paul Delmas, une brochure intitulée : *Extrait de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux.*

— M. SÉDILLOT, membre correspondant, adresse la communication suivante :

De l'ostéoplastie par déplacement du périoste en général, et de l'ouranoplastie périostique en particulier.

Parmi les travaux nés de la célèbre formule de M. Flourens : *Avec du périoste vous ferez des os*, l'ostéoplastie par déplacement de lambeaux périostés a particulièrement excité l'attention par l'originalité de son but et l'importance des résultats qu'on en faisait espérer. Quel vaste champ de ressources ouvert à la chirurgie si l'on pouvait avec un lambeau de périoste, pris sur un point et transporté dans un autre, reproduire un os, et donner ainsi soit une arête dorsale à un nez reformé de toutes pièces, soit une lamelle d'occlusion à la voûte palatine, pour parler seulement de ces deux applications.

Notre collègue M. Verneuil s'est montré le défenseur le plus zélé et le plus convaincu de cette méthode, dont il s'est encore occupé dans la séance du 28 décembre 1864, et il a plusieurs fois cité et mis en cause les expériences négatives que nous avions fait connaître à la Société de chirurgie au sujet de la non-régénération des os de la voûte palatine, partiellement enlevés, sans destruction ni suppuration des deux lames périostées nasale et buccale.

Depuis ces expériences (séance de la Société de chirurgie, février 1864), je ne suis intervenu ni pour rectifier de fausses interprétations, ni pour discuter des assertions ou des faits qui me paraissaient très-contestables.

Aujourd'hui que ma conviction est établie, je me crois fondé à soutenir que la chirurgie n'a rien obtenu et n'obtiendra rien de l'ostéoplastie par déplacement de lambeaux périostés, et la question m'a paru assez intéressante pour être exposée dans ses principaux détails.

Je prendrai pour exemple l'ouranoplastie périostée dont on s'est si souvent entretenu, et mes remarques s'appliqueront à toutes les autres opérations du même genre sur lesquelles nous pourrions revenir si de nouvelles explications semblaient nécessaires.

Les expériences sur les animaux et les observations cliniques ont-elles depuis 1858 prouvé la possibilité de refaire sur l'homme des os par le périoste déplacé? Nous répondons négativement, et la pathologie comparée semble même ôter tout espoir de réussite à cet égard, comme il est facile de le démontrer.

Depuis Duhamel, Heine, Flourens, etc., les propriétés ostéogéniques du périoste n'ont jamais été un instant douteuses.

Nous disions, il y a quatre ans (*De l'évidement des os*, p. 41 ; in-8°, avec planches; Paris, 1860) : « La régénération des os chez les animaux par le périoste conservé est de toute évidence et assez

complète pour avoir autorisé les essais de la chirurgie, etc. »

Que lisons-nous aujourd'hui dans le *Compte-rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année* 1864, par M. Trélat, secrétaire annuel : « L'ostéogénie périostique de la voûte palatine est incontestable chez les animaux. »

Voilà le chemin parcouru depuis 1834 (expériences de Heine) ; on en est encore en apparence au point de départ, mais en réalité de nombreux enseignements ont été acquis.

1° La production d'os permanents par des lambeaux périostés transplantés a été niée expérimentalement sur les chiens par M. Marmy, et cette réfutation, publiquement soutenue au congrès de Lyon, n'a pas été infirmée.

2° Bien plus, la régénération des os de la face, essayée dans les conditions les plus favorables et sans transplantation de lambeaux, est généralement restée sans succès. Or, la conclusion à en tirer n'était-elle pas la condamnation formelle de toute la méthode? Comment comprendre et accepter la possibilité de faire un nouvel os, avec un lambeau détaché et suppuré du périoste, si l'on n'y réussit pas habituellement avec cette membrane laissée en place, doublée sur elle-même et réunie immédiatement sans traces d'inflammation suppurative? L'argument était si péremptoire que notre collègue M. Verneuil a cherché maintes fois à le combattre en considérant mes expériences et celles de M. Marmy comme exceptionnelles ; et il a paru très-satisfait de présenter à la Société de chirurgie la voûte palatine d'un jeune chien de six mois, sur lequel une perte de substance de 0m,010 de long sur 0m,008 de large s'était reproduite le vingt-huitième jour, pendant que deux autres animaux du même âge, opérés de la même manière, avaient succombé et n'offraient que de faibles traces de régénération osseuse (os gros comme une tête d'épingle sur l'un d'eux). M. Verneuil reconnaissait que, pour réussir, il fallait agir sur des chiens très-jeunes et très-bien portants, attendu qu'en cas de fièvre ou de toute autre affection générale, la régénération osseuse faisait défaut.

En substituant, comme cela est arrivé trop souvent, de simples allégations à des preuves, on avait précédemment prétendu qu'il fallait un temps très-long pour les reproductions osseuses de la voûte palatine, et que plusieurs mois ne suffisaient pas. Nous nous bornons ici à appeler l'attention sur la contradiction de cette assertion, avec l'unique fait présenté jusqu'ici d'une portion de l'os palatin reproduite en vingt-huit jours.

Pour donner plus de valeur à ce fait unique, M. Verneuil a cru pouvoir mettre à néant tous ceux qui étaient contradictoires en les

appelant négatifs. Mais quelle serait l'utilité des statistiques des résultats opératoires si l'on acceptait cette doctrine, qui ne semble pas mériter de réfutation, de ne tenir compte que des succès?

Les notions expérimentales sont donc négatives au sujet de l'ouranoplastie périostée. Pour leur donner une signification de quelque importance, il eût fallu décoller des lambeaux périostés palatins, et les employer à fermer une perte de substance plus ou moins étendue de la voûte; autrement la régénération osseuse, alors même qu'elle s'opérerait avec autant de constance et de rapidité qu'elle reste nulle, douteuse ou exceptionnelle dans la plupart des cas, ne prouve absolument rien, et on n'est pas en droit d'en conclure au succès de l'ouranoplastie par déplacement des lambeaux dont il nous reste à parler.

Que révèlent les faits cliniques? Donnent-ils la preuve d'une réparation osseuse de la voûte palatine ?

Ici, comme pour les expériences sur les animaux, nous sommes forcés de dire : Non, et les preuves sont trop nombreuses et trop évidentes pour être contestées avec quelque apparence de succès.

M. le professeur Langenbeck, dont tout le monde reconnaît l'habileté et à qui revient l'honneur d'avoir érigé en méthode l'occlusion des fissures congénitales de la voûte palatine par des lambeaux périostés empruntés aux portions persistantes des os palatins, a pratiqué, dit-on, une soixantaine d'opérations de ce genre, et il avoue que dans le plus grand nombre des cas il ne s'est pas reproduit de voûte osseuse. Il croit cependant avoir rencontré des exemples de régénération. Des épingles ne traversaient plus les lambeaux dont la consistance était devenue très-considérable. Des médecins lui ont écrit avoir revu ses malades et avoir constaté qu'un nouvel os s'était produit. Ce ne sont pas là des démonstrations. La science a d'autres exigences et la résistance au passage d'une épingle ne prouve pas l'existence d'un os. Plusieurs opérateurs ont reconnu l'insuffisance de cette épreuve, et ils ont avoué, comme M. Ehrmann, de Mulhouse, qu'en y accordant trop de confiance ils avaient pu se tromper.

M. Heyfelder, qui a suivi la clinique de M. Langenbeck, a écrit dans la *Gazette des Hôpitaux* (p. 391, 1863) qu'il n'avait pas trouvé une seule fois l'occasion de se convaincre de la réalité d'une occlusion osseuse.

J'ai opéré deux malades, le premier en mai 1863, âgé de 13 ans, très-bien portant (voy. *Gaz. hebd. de Paris;* janvier 1864). Les lambeaux bien affrontés étaient encore souples et non ossifiés au bout d'un an.

Mon second malade, âgé de 18 ans, était atteint de fissure congé-

nitale du voile du palais et d'une portion de la voûte osseuse. Je lui avais heureusement pratiqué la staphyloraphie en 1860, mais à cette époque, je n'avais pas essayé de fermer la voûte osseuse qui était restée béante. En septembre 1864, j'ai fait l'ouranoplastie, et le malade que j'ai montré à MM. Schützenberger et Bœckel fut débarrassé de son infirmité en quelques jours. Il m'a écrit ces jours-ci (1865) : la cicatrice est solide, résistante, régulière, mais les lambeaux sont restés souples et sans traces d'ossification. Notre collègue M. Herrgott a pratiqué, le 5 décembre 1864, une ouranoplastie périostée pour une fissure congénitale de la voûte; les lambeaux ne présentent aujourd'hui aucune trace d'ossification.

M. Ehrmann, de Mulhouse, a également opéré en mai 1864 une fissure congénitale de la voûte palatine, et sept mois plus tard, il constatait l'absence complète de toute régénération osseuse. Cet habile confrère a visité à Zurich le professeur Billroth qui a déjà répété un assez grand nombre de fois l'ouranoplastie, pour des fissures congénitales, sans avoir constaté de reproduction osseuse sur aucun de ses malades.

Les sciences sont généralement assez avancées pour donner la théorie des faits, et il est aisé de comprendre pourquoi les lambeaux périostés du palais ne s'ossifient pas; dès qu'ils sont exposés au contact de l'air et à celui des mucosités du côté où les cellules ostéogènes sont le plus multipliées, la suppuration s'en empare inévitablement et constitue, comme on le sait, un obstacle des plus considérables à la régénération osseuse. Le mouvement imprimé aux lambeaux par le passage de l'air, par la parole et la mastication est également, comme nous l'avons montré (communication à l'Académie des sciences, 17 janvier 1865), un second et grave empêchement. Il se passe un phénomène analogue à celui des fractures mal contenues, et exposées à une incessante mobilité. Au lieu d'un cal, on a du tissu fibreux. Une troisième cause également très-puissante de non ossification provient de la situation du périoste. Ce n'est plus à la surface qu'il occupait normalement que le nouvel os peut apparaître; c'est entre une surface inodulaire nasale, plus ou moins revêtue d'un épithélium muqueux et la surface opposée du périoste décollé, que l'ossification doit se produire. C'est un changement complet de rapports de la lame osseuse. Elle était normalement extérieure au périoste palatin, et il faut qu'elle lui devienne intérieure. Quels seront les temps, les phases, le mécanisme de cette transformation? Autant de termes inconnus.

M. Langenbeck professe que l'ossification commence à la troisième semaine et est complète à la fin de la quatrième, mais ce sont là des

affirmations qui auraient besoin d'être démontrées. En tous cas, les faits négatifs sont trop multipliés et ils ont été recueillis par un trop grand nombre d'observateurs compétents et attentifs pour que la question des régénérations osseuses, par des lambeaux déplacés du périoste, n'ait pas été depuis longtemps tranchée, si elle eût dû l'être par l'affirmation, et le doute et le silence qui règnent encore à ce sujet sont manifestement négatifs.

Nous nous croyons donc en droit d'affirmer qu'au point de vue de la création de nouveaux os, la méthode par déplacement de lambeaux périostés n'a rien produit et qu'elle est incapable de rien produire. Si, par exception, on parvenait à découvrir quelques cas où de l'os se serait formé, ils appartiendraient à la proligération des cellules plasmatiques environnantes, fournies par le périoste resté adhérent et intact, et s'étendant sous forme de ramifications plus ou moins prolongées à la surface et dans l'épaisseur des parties voisines. Ces sortes de rubans osseux, ces ossifications à distance, susceptibles de se rapprocher et de se joindre, s'observent entre les os fracturés non réduits et entre les extrémités des diaphyses, écartées par la formation et l'élimination d'un sequestre, mais n'ont aucun rapport avec le périoste, conservé avec beaucoup de soin sans doute, au moment d'une opération, mais complétement modifié et détruit par une suppuration prolongée.

Les expériences sur les animaux, la clinique et la théorie, condamnent donc également la méthode d'ostéoplastie par déplacement du périoste.

Cette conclusion s'applique également aux ouranoplasties partielles pratiquées pour remédier à des perforations syphilitiques. Les conditions sont beaucoup plus favorables à la formation d'une sorte de cal tout à fait indépendant des lambeaux périostés détachés des os voisins, et cependant la rareté de ces sortes d'ossifications montre combien ce genre d'occlusion rencontre d'obstacles. La même observation avait déjà été faite pour les os du crâne, dont les ouvertures de trépanation persistent ordinairement toute la vie et ne dépassent pas l'état fibreux ou celui d'une sorte d'incrustation osseuse périphérique.

M. VERNEUIL. M. Sédillot m'a fait intervenir plusieurs fois comme le champion le plus décidé de l'ouranoplastie périostique, et il met en doute toutes les observations qui ont pu être produites. Je crois qu'il faut renoncer à convaincre M. Sédillot. Cependant, si la Société veut bien remettre la discussion à une prochaine séance, je m'engage, à propos du rapport sur le travail de M. Ehrmann, de fournir à nouveau les preuves à l'appui des opinions que j'ai déjà soutenues sur l'ostéogénie périostique en général et l'ouranoplastie en particulier.

M. LARREY. Je dirai, à titre de renseignement, que j'ai présenté hier à l'Académie de médecine un travail manuscrit, avec planches, de M. Marmy, médecin principal des hôpitaux militaires de Lyon, dont M. Sédillot invoque souvent le témoignage. Ce travail était intitulé : *De la régénération des os par le périoste.*

COMMUNICATION.

De la coxalgie.

M. VERNEUIL commence une communication sur ce sujet, considéré surtout au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

A quatre heures trois quart la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre titulaire.

La commission propose :

En première ligne : — M. Perrin.

En seconde ligne : — M. Panas.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1865.

Présidence de M. BROCA.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale* de Strasbourg. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Montpellier médical.*

— M. Luigi Porta, membre associé étranger, fait hommage à la Société de son mémoire intitulé : *De la luxation des vertèbres.*

— M. le docteur Évans adresse à la Société sa brochure intitulée : *La commission sanitaire des États-Unis*, etc.

— M. le docteur Liégard, de Caen, adresse son mémoire sur la *kélotomie*, à propos des faits cités il y a quelques jours par M. Verneuil ; il rappelle qu'il y a trente ans il a fait avec succès, dans deux cas, la suture perdue de l'intestin.

— M. Marjolin présente de la part de MM. Ferdinand Martin et Alfred Collineau un ouvrage intitulé : *De la coxalgie, de sa nature,*

de son traitement. (M. Marjolin est chargé de faire un rapport verbal sur ce travail.)

— M. Larrey présente au nom de M. Boyreau, médecin en chef de l'hôpital de la Rochelle, une observation, avec pièces pathologiques, intitulée : *Cancer de l'os iliaque*, etc. (Commissaires : MM. Guyon, Dolbeau, Chassaignac.)

— M. le docteur Leroy (d'Étiolles) écrit pour se porter candidat à une place vacante de membre titulaire.

— Les membres soussignés, MM. Broca, Legouest, Larrey, Laborie, Marjolin, Verneuil, Follin, Boinet, Dolbeau, Forget, Bauchet, Blot, Giraldès, déposent sur le bureau une proposition tendant à modifier l'art. 5 des statuts, relatif au nombre des correspondants nationaux, conformément à l'article 68 du règlement.

— Une commission composée de cinq membres (MM. Broca, Larrey, Legouest, Marjolin et Guyon) est nommée au scrutin de liste et à la majorité absolue pour examiner cette proposition.

COMMUNICATION.

Coxalgie.

M. VERNEUIL continue la communication commencée par lui dans la séance du 1er février.

Élection d'un membre titulaire.

Sur 24 votants :

M. Perrin obtient 19 voix.

M. Panas obtient 5 voix.

En conséquence, M. Perrin est nommé membre titulaire.

Déclaration de vacance.

Après l'élection de M. Perrin, M. le président déclare une nouvelle vacance à une place de membre titulaire.

LECTURES.

M. LABBÉ lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail ayant pour titre : *Note sur la propagation de l'inflammation au péritoine à la suite des adénites inguinales.*

M. DESPRÉS, à l'appui de sa candidature à la même place, lit un travail : *Sur une des causes de la non consolidation des fractures intra-capsulaires du col du fémur chez les vieillards.*

Une première commission, composée de MM. Dolbeau, Marjolin et Follin, est chargée de rendre compte du travail de M. Labbé.

Celui de M. Després est renvoyé à l'examen d'une deuxième commission composée de MM. Foucher, Houel et Désormeaux.

— **M. HERVEZ DE CHÉGOIN**, à propos de la lecture de M. Després, communique l'observation suivante :

Luxation en haut et en dedans de la tête du fémur, avec fracture par enfoncement du col dans le grand trochanter.

Une damo de 77 ans, maigre, de taille moyenne, tombe à la renverse, le pied gauche accroché par le pied d'un fauteuil au moment où elle veut se relever.

A l'examen de la malade, voici ce qu'on trouve : raccourcissement léger du membre, inclinaison de la pointe du pied en dehors, gonflement considérable de la cuisse depuis la partie supérieure et externo jusqu'au tiers inférieur, douleur excessive au moindre mouvement et au plus léger contact ; à cause de cette douleur vive, l'examen complet ne peut être fait que huit jours après l'accident. A cette époque, on trouve, outre les symptômes précédents, une ecchymose considérable, s'étendant jusque près du genou. A ce moment, on constate une augmentation notable de volume du grand trochanter, sans aucune mobilité. En palpant la région supérieure et interne de la cuisse, M. Hervez de Chégoin sent l'artère crurale battre presque immédiatement sous ses doigts, et, au-dessus d'elle, il trouve uno tumeur dure et arrondie dont la nature reste d'abord indécise. Après plusieurs examens attentifs, M. Hervez reconnaît que cette tumeur est formée par la tête du fémur placée au-dessous du trou ovalaire, un peu au-dessous du ligament de Fallope. La distance du grand trochanter à l'épine iliaque antérieure et supérieure est do 5 centimètres. Entre la tête du fémur et le ligament de Fallope il n'y a qu'un centimètre.

M. Michon, appelé en consultation, constate tous ces faits : le membre malade est dans une légère abduction, il est légèrement raccourci et la pointe du pied est inclinée en dehors.

Dans la crainte de produire, par les manœuvres nécessaires pour réduire la luxation, un désenclavement de la tête du fémur sur laquelle on n'aurait plus aucune prise, ces messieurs laissent les parties dans l'état où elles se présentent.

Cet accident date aujourd'hui de sept semaines. Il n'y a plus aucune douleur. Le trochanter est un peu moins volumineux, la tête du fémur a conservé la même position, le raccourcissement est le même. La malade peut lever le membre entier. Le mouvement de flexion sur le bassin est impossible. L'inclinaison de la pointe du pied en dehors est moins marquée. La malade peut la porter en dedans.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

DE LA COXALGIE.

Diagnostic, pronostic et traitement.

M. VERNEUIL. Je ne comptais parler d'abord que du traitement, mais les récentes communications de M. Marjolin nous ramènent au diagnostic. Notre collègue nous a montré qu'une affection limitée au grand trochanter pouvait simuler à s'y méprendre une maladie de la hanche, et M. Chassaignac a insisté sur le même fait. Je n'ai pas vu, pour ma part, d'erreurs de ce genre, mais j'en ai observé d'autres. J'ai commis, de mon côté, quelques méprises que j'énumérerai rapidement. J'ai pris autrefois pour une coxalgie un abcès de la bourse séreuse du psoas, constaté plus tard par l'autopsie. Dans un second cas analogue, l'abcès était situé de même à la partie antérieure de l'articulation; il s'était développé probablement dans les ganglions iliaques externes. Dans les deux cas, il y avait allongement apparent, abduction, rotation en dehors, sans compter la douleur, l'impossibilité des mouvements, etc. Je crois qu'il eût été bien difficile de ne point se tromper au début. J'ai vu, de même, la seconde forme de la coxalgie caractérisée par le raccourcissement, avec adduction et rotation en dehors, simulée de la manière la plus complète et des deux côtés par un double abcès par congestion venu de la région lombaire, et qui, sorti du bassin par le sommet des échancrures sciatiques, avait fusé derrière la capsule coxo-fémorale; c'était chez un jeune enfant, à l'autopsie duquel j'ai assisté il y a quelques années : on avait diagnostiqué une double coxalgie, et la lésion rachidienne avait passé inaperçue, parce que la gibbosité n'existait pas.

Plusieurs praticiens recommandables avaient cru reconnaître une sciatique chez un jeune étudiant en médecine, qui, après plusieurs mois de douleurs intermittentes dans la hanche et la cuisse, fut enfin pris d'une coxalgie très-douloureuse, avec déviation extrême du membre. Plus tard, le redressement obtenu et maintenu par l'appareil de Bonnet n'empêcha pas le retour de douleurs intenses à la partie antérieure de l'articulation, avec tuméfaction limitée, et surtout avec pulsations énergiques et circonscrites de l'artère fémorale; ce dernier symptôme, tout à fait insolite, m'inspira pendant plusieurs jours de vives inquiétudes. Je craignais le développement d'un anévrisme; il n'en était rien par bonheur.

Comme tout le monde, j'ai vu la douleur du genou donner le change pendant quelque temps, mais avec d'autant plus de raison, qu'en

réalité l'articulation fémoro-tibiale avait été primitivement affectée ou même l'était encore en même temps que celle de la hanche. Cette coïncidence ne me paraît pas même très-rare. En redressant le membre d'un adolescent du Midi, avec le docteur Cavasse, je constatai dans le genou, qui d'ailleurs était encore le siége d'un certain empâtement, des craquements, des frottements rudes, vestiges non équivoques d'une lésion de ce côté ; au reste, le médecin ordinaire avait reconnu et traité quelques mois auparavant une hydarthrose des plus évidentes. Les choses se passèrent à peu près de même chez la fille d'un médecin des environs de Meaux, que je soignai avec MM. Houzelot, Charpentier et Linas. Au moment où je fus appelé, il existait encore un peu d'épanchement dans le genou.

Un jeune enfant lymphatique était atteint depuis longtemps d'une double hydarthrose du genou qui guérit lentement. Un jour, il fut pris de claudication avec douleurs dans la hanche droite et déviation du membre ; en un mot, symptômes évidents de coxalgie commençante. Huit semaines d'appareil inamovible suffirent pour guérir la hanche. Un mois plus tard, et sans cause bien appréciable, les deux genoux gonflèrent de nouveau, modérément à la vérité, mais sans que l'existence de l'épanchement puisse être mise en doute.

A la suite d'une attaque de rhumatisme généralisé ou erratique, deux articulations peuvent rester malades; ainsi chez une femme de Bercy que j'ai soignée avec le docteur Chatillon, la hanche gauche et le poignet droit étaient pris. La coexistence possible de la maladie dans deux articulations facilite l'explication des douleurs et des lésions simultanées de la hanche et du genou du même côté, phénomène pour l'explication duquel on a émis plusieurs hypothèses.

Quoique je n'aie cité jusqu'à présent que ce que j'ai vu et me sois abstenu de rappeler les erreurs déjà signalées par les auteurs, je ne puis m'empêcher d'en noter une dernière, plus singulière que les autres, et surtout plus sérieuse; elle a été rapportée par M. Berend : la hanche, malade depuis longtemps, était fortement fléchie ; autour d'elle existaient trois grosses tumeurs fluctuantes qu'on prit pour des collections purulentes. On décida la résection et l'on trouva un encéphaloïde du bassin et de la hanche : les prétendus abcès étaient des masses cancéreuses ramollies. (*Onzième rapport sur l'Institut orthopédique de Berlin,* 1863, p. 26.)

Reconnaître une coxalgie ne suffit point au diagnostic, il faut encore déterminer la période, le degré, les formes et, autant que possible, l'état anatomique précis des éléments articulaires, ici surgissent fréquemment des difficultés considérables. Et d'abord, au début, le mal est très-souvent ignoré ; les parents, quelques médecins même,

invoquent les *douleurs de croissance*. L'existence d'une affection rhumatismale ambulante bien constatée trompe également. Chez un jeune enfant que je soigne avec le docteur Gombault, cette cause était manifeste. Plusieurs articulations furent prises : d'abord la hanche droite qui, au bout de quelques semaines, redevint entièrement libre; puis la hanche gauche; puis une seconde fois la hanche droite; enfin la double coxalgie s'établit définitivement.

La marche souvent très-bizarre de l'affection explique un bon nombre d'erreurs; je veux parler des rémissions complètes, ou au moins des rémittences très-communes pendant une période qui peut durer des mois entiers. J'ai observé sous ce rapport des faits curieux. Chez l'enfant d'un chaudronnier, que je vis avec le docteur Grenat, l'état variait d'un jour à l'autre depuis les douleurs les plus vives, avec déviation extrême du membre jusqu'à un retour presque complet de l'état normal. Nous conseillâmes le redressement et l'application d'un appareil. La mère, qui s'effrayait beaucoup de ce moyen, ajourna deux fois l'opération à cause des rémissions. Un dernier rendez-vous fut pris. La veille, l'enfant ne souffrait plus et marchait sans trop de difficulté; sans doute on nous aurait prié de différer encore, lorsque les douleurs et la difformité reparurent avec plus d'intensité que jamais, dans la nuit qui précéda notre visite.

Chez la fille du médecin, dont j'ai parlé plus haut, la marche du mal était si capricieuse qu'un jour M. Houzelot, effrayé du raccourcissement considérable et de l'attitude vicieuse du membre, crut qu'il s'agissait d'une luxation spontanée. Trois jours après, sans traitement particulier, les symptômes avaient disparu et le membre avait repris à peu de chose près sa longueur et sa direction normales.

Les mêmes irrégularités se montrent dans la coxalgie confirmée et déjà soumise à un traitement rationnel. Lorsque celui-ci a été continué pendant quelque temps, on examine le membre; tout paraît rentré dans l'ordre et l'on peut croire à la guérison. Tout à coup, sans cause connue, au milieu du repos de la nuit, tous les symptômes reparaissent, et il faut recommencer, c'est-à-dire recourir de nouveau à l'immobilisation. Je vis, avec le docteur G. Dupont, l'enfant d'un confiseur atteint depuis près d'une année de coxalgie. Divers praticiens avaient été consultés. On avait placé le petit malade dans la gouttière de Bonnet, qui avait procuré beaucoup de soulagement. Au bout de sept mois de séjour dans cet appareil, la guérison semblait complète; déjà on avait, à plusieurs reprises et pendant plusieurs heures, replacé l'enfant en liberté dans son lit, on songea donc à supprimer définitivement la gouttière. Tout alla bien pendant deux jours. On donna un bain; la nuit suivante, cris violents, agitation extrême,

reproduction instantanée de la déformation du membre aussi marquée qu'avant le commencement du traitement.

J'ai soigné, avec le docteur Cavasse, la fille d'un pharmacien du quartier Saint-Denis. Nous appliquâmes l'appareil inamovible avec le plus grand succès. Sur ces entrefaites, une bronchite chronique nous inspirant des inquiétudes, l'enfant partit avec sa mère pour le Midi. Le séjour devant être prolongé, nous avions prévu le cas où l'appareil, venant à se détériorer, devrait être enlevé et réappliqué sur-le-champ. Au bout de quelques semaines effectivement, la réparation du bandage devint nécessaire. Un jeune médecin fort instruit, ancien interne de nos hôpitaux, fut mandé, et, après avoir mis le membre à nu, l'examina fort attentivement; il déclara qu'il n'existait plus aucune lésion et, en présence de la mère, fit exécuter tous les mouvements aussi complétement que possible. « Il ne songeait point, ajoutait-il, à nier l'existence antérieure d'une coxalgie, puisqu'elle avait été reconnue et traitée par MM. Cavasse et Verneuil, mais il affirmait qu'actuellement l'articulation de la hanche était tout à fait saine; » le bandage ne fut donc pas replacé. Quarante-huit heures se passèrent sans encombre, puis soudainement reparurent les cris, les douleurs, la déviation. On plaça, sans tenter le redressement, un nouvel appareil inamovible, et la fillette nous fut ramenée à la hâte; elle arriva très-fatiguée d'un voyage de plus de cent cinquante lieues, pendant lequel elle avait cruellement souffert.

Je viens de citer les cas extrêmes, mais à un degré plus modéré ces intermittences et ces rémissions sont très-communes. Si j'en excepte les coxalgies rhumatismales franches, en d'autres termes, l'arthrite coxo-fémorale aiguë, les autres, presque sans exception, sont précédées d'attaques passagères et peu graves, qui se renouvellent un plus ou moins grand nombre de fois avant que la maladie s'installe en permanence. Il ne faut point s'en rapporter à cet égard aux parents, qui déclarent que le début a été soudain. L'interrogation attentive et, mieux encore, l'examen direct démontrent le contraire. L'insouciance des parents et des praticiens, au début, est d'autant plus nuisible que pour ces prétendues douleurs de croissance on prescrit l'exercice, la marche, les frictions excitantes, alors que le repos et les antiphlogistiques légers seraient indispensables. Je me résume en disant que les débuts de la coxalgie sont très-insidieux, qu'il faut examiner attentivement tout enfant atteint de douleurs siégeant à la hanche ou au genou, ou de claudication, si légère qu'elle soit.

Je ne parlerai point des causes de la coxalgie, quoiqu'elles puissent éclairer le diagnostic; je dirai seulement quelques mots des formes de l'affection qui servent à établir le pronostic et le traitement. Comme

tout le monde, j'en admets trois principales : la coxalgie est scrofuleuse, rhumatismale ou spasmodique. La première est de beaucoup la plus fréquente chez les enfants ; c'est elle que j'ai le plus souvent observée. Les antécédents du malade ou de sa famille, la coïncidence avec d'autres manifestations de la même maladie constitutionnelle, le début bénin, la marche lente, l'état général, la font aisément reconnaître. Le pronostic est grave, soit à cause des complications viscérales qui peuvent survenir en dehors de l'affection locale, soit à cause des désordres anatomiques graves dont l'articulation peut devenir le siége et qui compromettent la santé par eux-mêmes. En effet, c'est dans ces cas qu'on peut craindre la suppuration de l'article, l'ostéite, la carie, la luxation spontanée, les abcès, les fistules, etc.

La forme rhumatismale est beaucoup plus commune chez l'adulte. Je l'ai rencontrée trois fois seulement et, entre autres, chez un jeune homme de Meaux que j'ai soigné récemment avec le docteur Charpentier. L'étiologie avait cela de remarquable que le mal avait succédé à une blennorrhagie, et que le rhumatisme n'avait attaqué que la seule hanche droite. Ici, le début est brusque, les douleurs, extrêmement vives dès les premiers jours, s'accompagnent ordinairement de fièvre. On n'a guère à redouter les lésions osseuses ni la suppuration, mais on peut craindre la luxation rapide par hydarthrose aiguë (j'en ai vu deux exemples), puis l'ankylose fibreuse plus ou moins complète par brides intra-articulaires, en tous cas des déviations permanentes, des difformités très-difficiles à corriger.

La forme spasmodique est la plus rare des trois. J'en ai pourtant vu et traité deux cas, chez des femmes jeunes, dont l'une, hystérique au dernier degré, fut prise deux fois des mêmes symptômes de contracture coxo-fémorale, et dont l'autre, après une suppression des règles, fut considérée comme atteinte de coxalgie, immobilisée pendant près de trois mois sur un appareil à plan incliné et enfin guérie très-rapidement par l'hydrothérapie, qui ramena promptement les menstrues. Cette forme avait été déjà décrite très-clairement par Brodie; mais la plus curieuse observation que je connaisse est celle que Robert a publiée dans ses *Conférences de clinique chirurgicale*, p. 451. La malade qui en fait le sujet, regardée comme atteinte de coxalgie vraie par Ph. Boyer et par moi-même, avait été traitée sans succès depuis près de deux ans, quand Robert porta le véritable diagnostic.

L'âge des malades, le sexe, la coïncidence de la chloro-anémie et de l'hystérie peuvent faire soupçonner la nature du mal, mieux que les symptômes locaux qui rappellent plutôt l'arthrite coxo-fémorale; aussi le chloroforme est-il nécessaire, l'anesthésie tranche aussitôt la question et montre l'intégrité absolue des éléments articulaires,

quelle qu'ait été la durée du mal et l'intensité des symptômes.

Les signes fournis par les antécédents, par l'état constitutionnel, par l'élément douleur et l'élément spasme musculaire, enfin par l'anesthésie rendront le plus souvent très-facile le diagnostic de ces trois formes. Cependant il est bon d'ajouter que pendant sa durée, souvent fort longue, l'affection peut changer d'aspect. La coxalgie scrofuleuse, ordinairement peu douloureuse et à marche lente, peut naître brusquement sous l'influence occasionnelle du froid et provoquer des douleurs très-vives comme la coxalgie de cause rhumatismale. Le spasme des muscles qui d'ordinaire accompagne et suit la douleur, et par conséquent indique l'arthrite, peut ouvrir la marche et naître sous l'influence d'une lésion articulaire très-minime, sans doute par action réflexe et dans un but instinctif de la nature. Il peut se montrer à diverses reprises, cesser spontanément, puis reparaître; manquer absolument ou durer autant que la maladie, ou au moins jusqu'au moment où survient l'ankylose ou la dégénérescence musculaire.

Dans la coxalgie hystérique, il constitue le mal à lui tout seul, mais il s'associe fréquemment aux autres formes et n'est nullement en proportion directe avec l'état anatomique de l'articulation. Chez quelques enfants, atteints depuis deux ou trois mois de coxalgie confirmée, bien caractérisée par des déviations permanentes du membre, j'ai été surpris de constater pendant l'anesthésie la conservation complète des mouvements dans toute leur étendue et l'extrême facilité avec laquelle on corrigeait sans violence aucune l'attitude vicieuse. Il fallait bien en conclure que les éléments articulaires n'avaient subi que des altérations très-légères. Le même raisonnement sert à interpréter le fait de M. Marjolin qui n'a trouvé à l'autopsie que des lésions insignifiantes, quoique la coxalgie datât déjà de quelque temps et que les signes en fussent très-manifestes. C'est à cet élément spasmodique qu'il faut attribuer les intermittences, les rémissions, les recrudescences, les récidives subites dont j'ai déjà parlé. Il ne me semble pas que l'on ait accordé jusqu'ici assez d'importance à ce phénomène que M. J. Guérin a signalé depuis bien longtemps, à la vérité plutôt par induction que par observation directe, et que l'anesthésie seule pouvait bien mettre en lumière.

S'il m'était permis de faire une comparaison avec un tout autre ordre de maladies, je dirais que le spasme et la contracture jouent dans la coxalgie un rôle analogue à celui qu'ils présentent dans les affections du larynx et du canal de l'urèthre.

Il est un point du diagnostic qu'il importerait infiniment d'établir pour le pronostic et le traitement. Je veux parler de l'état anatomique des parties malades. Les os sont-ils malades ou les parties molles

seules affectées, y a-t-il suppuration intra ou péri-articulaire, luxation ou seulement attitude vicieuse exagérée, ankylose vraie ou fausse, due à des brides étendues d'une surface diarthrodiale à l'autre ou à la rétraction de la capsule et des muscles périphériques? etc.

Il est plus facile de poser ces questions que de les résoudre au lit du malade, et cependant les indications et contre-indications opératoires en découlent. Ici encore je dirai donc ce que j'ai observé.

L'ankylose vraie est fort rare; le plus ordinairement l'immobilité est due à la rigidité des parties molles. Quoi qu'il en soit, il est utile, avant de rien tenter, de savoir si les surfaces articulaires présentent encore quelques mouvements, mais les malades, et surtout les enfants, par crainte de la douleur, contractent tellement leurs muscles qu'on ne sait à quoi s'en tenir. C'est en vain qu'on fixe le bassin, on reste souvent dans le doute. En pareil cas, j'explore surtout les mouvements de rotation; pour cela je procède seul, sans aides, pour ne point effrayer le patient; je place la main gauche sur l'épine iliaque, et, de la main droite, je saisis le genou après avoir élevé le membre de façon à faire disparaître l'ensellure. Je cherche alors à imprimer au fémur des mouvements de latéralité ou de rotation sur son axe. J'ai pu reconnaître ainsi une mobilité légère impossible à constater dans toute autre attitude et par d'autres manœuvres.

Au reste, l'absence ou l'existence de la mobilité, l'étendue même de cette dernière n'indiquent pas rigoureusement d'avance le degré de résistance qu'on rencontrera dans les tentatives de redressement, cette donnée est tirée plutôt d'autres sources. Si la coxalgie est très-ancienne, s'il n'y a presque plus de douleurs, si la marche est possible, si les muscles péri-articulaires sont atrophiés, s'il y a eu suppuration prolongée et fistules périphériques actuellement cicatrisées, il faut s'attendre à de puissants obstacles. Dans les conditions opposées, on aura moins de peine à rectifier l'attitude vicieuse. Toutes les fois qu'on note des intermittences et surtout des douleurs très-vives spontanées ou provoquées, continues ou rémittentes, on peut en inférer que l'élément spasmodique est prédominant et que les manipulations en feront aisément justice. La chloroformisation, à la vérité, tranche la plupart de ces incertitudes, mais c'est un moyen dont, autant que possible, il ne faut user que comme adjuvant de la thérapeutique, et alors que l'intervention chirurgicale est décidée en principe.

J'ai peu de choses à dire de la luxation spontanée. Deux fois, pendant mon internat, je l'ai vue se produire à la suite d'hydarthrose suraiguë. A cette époque on ne connaissait pas encore la méthode de Bonnet, qui serait plus utile dans ces cas que dans tous les autres.

Quant à la luxation lente par altération des os, je ne l'ai pas observée, bien qu'elle ait été admise chez plusieurs des malades que j'ai soignés ou vu soigner. Les déviations les plus étendues n'impliquent nullement cette complication. Toutefois il me semble avoir une fois rencontré une subluxation, c'est chez le jeune adolescent que j'ai traité avec le docteur Cavasse. La maladie était déjà ancienne et le raccourcissement de 8 centimètres environ. Les manipulations avaient rendu au membre presque toute sa longueur, moins 2 centimètres. Un reste de flexion me paraissant expliquer la différence, j'essayai de le corriger en plaçant mon poing fermé sous l'articulation pendant que le bassin était vigoureusement fixé d'une part et que d'autre part je pressais avec force sur le genou pour exagérer l'extension. Tout à coup j'entendis, ainsi que mes aides, un petit bruit sec tout à fait comparable à celui qui indique la rentrée de la tête dans la cavité glénoïde quand on réduit les luxations de l'épaule sans chloroforme. En même temps je pus constater que la fesse avait repris sa forme et que les membres étaient d'une longueur égale. J'avais probablement reporté dans le cotyle la tête qui s'en était quelque peu séparée. Je craignais que ce signe ne fût l'indice d'une altération osseuse. Mais il ne survint point d'abcès, et je reste dans le doute sur la vraie signification de ce que j'ai observé.

Le diagnostic précis des altérations osseuses est également fort difficile. Nous sommes bien loin du temps où l'on admettait avec Rust que la coxalgie débute presque toujours par la tête du fémur. On n'est en droit de croire à une lésion osseuse que lorsque les abcès se forment autour de l'articulation; mais ce symptôme lui-même n'est pas pathognomonique, puisque les ostéites, caries et nécroses du pubis, du grand trochanter, de l'ischion même, peuvent faire naître des collections purulentes autour de la hanche et à la partie supérieure de la cuisse exactement comme dans la coxalgie; puisque les abcès de la bourse séreuse du psoas et même les abcès par congestion peuvent simuler l'affection de la hanche; puisqu'enfin, étant donnée une coxalgie confirmée avec abcès circonvoisin, il est impossible de dire sûrement si celui-ci est intra ou péri-articulaire. Dans le cas de déformation et d'empâtement considérables de la fesse, il est d'ailleurs très-difficile de décider si un abcès profond existe ou non, la fluctuation étant très-incertaine à la région fessière. Chez le jeune enfant du Midi dont j'ai déjà parlé, deux chirurgiens de Paris des plus éminents furent partagés d'opinion. Appelé à trancher ce problème difficile, je ne pus me prononcer. J'inclinais vers la négative, puis lorsque je crus avoir affaire à une luxation incomplète, je craignis au contraire la suppuration. Une année s'est écoulée sans nouvelle alerte. Je crois

actuellement qu'il n'y a pas eu d'abcès, mais je signale à dessein cette longue incertitude.

Les cris nocturnes et les douleurs ostéocopes n'ont pas grande valeur. S'ils ont servi une fois à M. Bœckel (qui a publié récemment d'excellentes leçons sur la coxalgie, Strasbourg, 1864) pour diagnostiquer un abcès intercurrent, en revanche ils se montrent dans une foule de coxalgies douloureuses qui pourtant ne suppurent jamais. Les symptômes généraux, fièvre, inappétence, pâleur du visage, amaigrissement, ont plus d'importance, et s'ils surviennent pendant le cours du traitement, ils doivent éveiller les soupçons et provoquer une exploration minutieuse de la hanche.

L'embarras est grand, surtout quand l'articulation est masquée par un appareil inamovible; il est fâcheux d'enlever celui-ci, mais il ne l'est pas moins de s'abandonner à une trop grande confiance. Deux fois en pareil cas j'ai ôté l'appareil et n'ai rien trouvé, mais en revanche trois fois je me suis applaudi d'avoir eu des scrupules. Chez l'enfant du confiseur, j'ai trouvé un vaste abcès fémoral partant de la hanche atteignant le tiers inférieur de la face externe de la cuisse. Chez un enfant auquel j'avais appliqué avec le docteur Messier un appareil mécanique, sans doute un peu serré, nous trouvâmes cinq jours après une escbare superficielle sur la crête iliaque. Chez l'enfant que je traite avec le docteur Gombaut, l'accident fut plus tardif. L'appareil inamovible avait été appliqué en novembre. L'enfant marcha avec des béquilles quelques jours plus tard et continua cet exercice jusqu'au 5 janvier sans ressentir la moindre douleur; sans cause connue celle-ci s'éveilla s'accompagnant de cris nocturnes, d'amaigrissement et surtout d'une odeur fétide. Je crus devoir fendre l'appareil et bien m'en prit; au niveau de l'épine iliaque antérieure et de la partie attenante de la crête, il y avait une plaie de 5 centimètres de long sur 2 de large, au fond de laquelle l'épipbyse marginale encore cartilagineuse se montrait à nu facilement reconnaissable à sa belle couleur blanche.

En dehors de ces cas sérieux les cris nocturnes sont attribués par M. Bœckel, et avec beaucoup de raison, au relâchement de l'appareil, au retour de la mobilité articulaire et du spasme musculaire instinctif. Raison de plus pour enlever le bandage, puisqu'en le réappliquant plus exactement on met un terme aux accidents. Ces plaintes d'ailleurs, en l'absence de complications d'abcès ou d'eschares, présentent un caractère particulier : les enfants ne souffrent point le jour, ils s'endorment comme à l'ordinaire; bientôt après, sans sortir du sommeil, ils crient, ils gémissent et se plaignent de la hanche, de la cuisse ou du genou; on s'approche, on les interroge, ils s'éveillent et

répondent qu'ils ne souffrent pas; on percute l'appareil, on presse sur le pied, on met l'enfant dans la position verticale, il ne se plaint pas et se rendort. La scène peut se reproduire dans la même nuit, mais en général il n'y a qu'un accès qui même revient souvent à la même heure, c'est pourquoi j'ai donné plusieurs fois avec succès le sulfate de quinine une heure ou deux avant l'invasion du sommeil.

Je ne veux pas, à propos du diagnostic, passer en revue les symptômes qui servent à l'établir. Je n'ai rien à dire sur la douleur spontanée ou provoquée par les diverses explorations, ni sur la claudication, ni sur les changements fonctionnels, ni sur les déviations. On a beaucoup discuté sur l'allongement, le raccourcissement et les procédés de mensuration. Ces signes n'ont pas la valeur qu'on leur a attribuée, et si je m'en occupais ce serait pour prouver qu'on est loin d'avoir épuisé la question; je n'admettrais qu'une seule variété de l'allongement qui est toujours apparent. En revanche, je reconnaîtrais quatre espèces de raccourcissement, deux réelles par atrophie ou ascension du fémur; deux apparentes par élévation du bassin ou oscillation du fémur hors de sa normale. Je montrerais également qu'un seul procédé de mensuration est insuffisant et qu'entre autres, pour mesurer certains raccourcissements, on ne doit pas prendre les points de repère sur le membre malade. Je suis prêt à suivre sur ce terrain quiconque voudrait m'y ramener, mais je désire pour aujourd'hui rester dans la clinique. A ce seul point de vue, je dirai seulement que l'allongement et le raccourcissement ont d'autant moins de valeur qu'ils peuvent changer et alterner d'un jour à l'autre. On croyait autrefois que l'allongement ouvrait toujours la scène et que le raccourcissement suivait, mais le contraire est aussi vrai; l'élément spasmodique ici encore joue son rôle, occasionne ces variations et les explique.

Le signe auquel j'attache le plus d'importance est, sans contredit, la limitation ou l'abolition complète de l'abduction. Quand l'articulation coxo-fémorale est malade, on constate toujours une difficulté à porter la cuisse en dehors. A peine exécute-t-on ce mouvement, qu'aussitôt le bassin suit et s'élève. Je n'ai pas encore vu pour ma part d'exception à cette règle; c'est pourquoi je pose la question catégoriquement : La coxalgie peut-elle exister sans la perte ou la diminution du mouvement d'abduction ? Si oui, combien de fois l'a-t-on vu et dans quelles circonstances ? J'espère qu'on voudra bien répondre par des faits explicites plutôt que par des souvenirs.

On m'objecte que ce signe existe dans des affections autres que la coxalgie; je l'accorde : aussi, je ne le considère pas comme *pathognomonique*, mais seulement comme *constant*, ce qui est toute autre chose.

Quelques mots sur le pronostic. On sait ce qu'il était il y a quelques années; tous les auteurs ont proclamé sa gravité. La mort n'était pas rare après des mois et des années de souffrance. Les accidents aigus pouvaient cependant s'amender à la longue et la vie n'était plus menacée, mais la difformité restait avec ou sans trajets fistuleux, presque toujours avec claudication prononcée, raccourcissement considérable, ankylose; en un mot, perte plus ou moins complète des fonctions du membre.

Les cas de guérison complète dans le sens littéral du mot étaient rares, pour peu que la coxalgie datât de quelques semaines lors du commencement du traitement. On ne tenait pas compte des récidives, et quelques observations ont été publiées à coup sûr prématurément. Pour le pronostic de la coxalgie du jeune âge en particulier, j'en appelle aux chirurgiens des hôpitaux d'enfants. J'ai naguère fait des remplacements dans ces hôpitaux, la thérapeutique y était presque illusoire; bien entendu je ne faisais pas mieux que mes collègues.

Depuis la publication des travaux de Bonnet et leur introduction dans notre pratique parisienne, les choses ont, ce me semble, complétement changé de face. Je ne parle pas des cas extrêmes qui nous sont amenés trop tard ou de ceux que compliquent des lésions internes irrémédiables, mais bien des cas moyens. Or, j'ai traité seul une quinzaine de cas et j'en ai vu un nombre égal dans la clientèle de divers autres chirurgiens, en particulier dans l'établissement orthopédique de Duval, et, jusqu'à ce moment, je n'ai pas eu à constater une seule terminaison funeste. J'en excepte l'enfant du chaudronnier. Sur le conseil d'un chirurgien qui n'adoptait pas le traitement nouveau, on reprit les anciens errements, et j'ai appris plus tard la mort du petit malade. La plupart des sujets à qui je fais allusion appartenaient, il est vrai, à la pratique civile, mais quelques-uns d'entre eux étaient gravement atteints; d'ailleurs autrefois, dans la même pratique privée, j'ai vu mourir dans les meilleures conditions hygiéniques un enfant de neuf ans et une jeune fille de dix-huit ans que les douleurs, le séjour prolongé au lit, la suppuration intarissable ont manifestement fait périr. Je suis persuadé que mes collègues ont changé d'opinion sur la gravité actuelle de la coxalgie; or, il n'y a que deux explications de cet heureux changement : ou la maladie est devenue moins grave de nos jours, ou la thérapeutique est devenue plus efficace. Le choix n'est pas douteux entre ces deux interprétations.

On guérit donc beaucoup plus de malades. Pour ne point tomber dans l'exagération ni dans les disputes de mots, il faut cependant s'accorder sur le sens du mot guérison. Radicale et complète avec retour intégral des fonctions, elle est encore rare; néanmoins elle est plus

commune depuis que le mal est mieux connu à son début et combattu plus tôt par des moyens efficaces. Les cas dans lesquels on prévient le progrès du mal en même temps qu'on restitue un membre utile se sont surtout multipliés. On fait cesser les douleurs, on permet à la santé générale de se rétablir. On rend enfin la marche possible avec un membre raide, mais rectiligne. Pour les cas graves, qui jadis tournaient si mal, ce résultat, quoique imparfait, est encore très-satisfaisant.

J'aborde l'importante question du traitement qui, malgré les progrès accomplis, laisse encore un vaste champ ouvert à la discussion.

La thérapeutique de la coxalgie comprend une foule de moyens qu'on peut rapporter à trois classes : applications locales, manœuvres mécaniques, remèdes tirés de la pharmacie et de l'hygiène. Ils n'ont pas tous la même utilité ni les mêmes indications ; les formes et les périodes du mal dictent leur choix et établissent leur opportunité.

On employait beaucoup, jadis, les sangsues, les vésicatoires, les moxas, les cautères, la cautérisation transcurrente, sans compter les cataplasmes, les frictions, etc. ; Bonnet lui-même associait encore les caustiques à ses appareils. Or, tout cet ordre de moyens doit être abandonné d'une manière générale et, pour ma part, j'y ai presque tout à fait renoncé. Leur impuissance dans les cas graves est absolument démontrée ; dans les cas légers ils n'arrêtent que rarement la marche du mal, font souffrir les malades, les affaiblissent et les condamnent à un repos nuisible. Leur moindre inconvénient est de faire perdre un temps précieux ; je ne vois qu'une indication aux antiphlogistiques locaux et aux vésicatoires, c'est lorsque, pendant le cours d'un rhumatisme articulaire, la résolution tarde à se faire dans la hanche affectée et laisse craindre la localisation définitive du mal. L'élément douleur est plus efficacement combattu par l'immobilisation. Chez les scrofuleux, lorsqu'on peut immobiliser la hanche sans la recouvrir complétement, les badigeonnages quotidiens avec la teinture d'iode rendent quelques services.

Je juge tout autrement le traitement général, hygiénique et pharmaceutique, et lui accorde une extrême valeur. La coxalgie, on l'a dit avec raison, est presque toujours l'écho d'un état général qu'il faut nécessairement combattre sous peine de voir la lésion articulaire s'éterniser, s'aggraver ou pour le moins reparaître opiniâtrément après des améliorations ou même des rémissions complètes. Quelque valeur que j'attribue au traitement mécanique, je ne le considère en somme que comme un adjuvant temporaire, indispensable, il est vrai, mais ordinairement incapable de procurer seul la guérison ou de prévenir les récidives. Il n'y a réellement de sécurité que lorsqu'on a modifié

la constitution et triomphé du moins de l'attaque passagère de la maladie générale.

Les moyens varient avec les formes du mal, et les toniques, qui sont de coutume indiqués, ne doivent pas être banalement administrés.

Dans la coxalgie hystérique ou spasmodique, il faut remédier à l'état chloro-anémique, à l'hystérie des jeunes sujets. Les ferrugineux et l'hydrothérapie conviennent particulièrement; ce dernier moyen est quelquefois héroïque; on s'efforcera de l'associer à l'immobilisation de la jointure.

En cas de coxalgie rhumatismale, on usera de médicaments différents, mais on s'efforcera de soustraire le malade à l'influence du froid humide; il sera souvent nécessaire de changer d'habitation et même de localité. La période aiguë passée, les eaux minérales seront utiles pour ramener la mobilité, s'il n'existe pas d'obstacles matériels trop puissants.

C'est dans la coxalgie scrofuleuse et dans celle qui succède aux fièvres que le traitement réparateur trouve surtout son application. Les préparations iodées, le quinquina, l'alimentation substantielle, le vin en particulier, font merveille. On doit les administrer pendant des mois et des années avec de légères interruptions s'il y a lieu, mais avec persévérance; ils sont, d'ailleurs, parfaitement tolérés. Le séjour à la campagne constitue pour nos petits citadins une ressource infiniment précieuse; l'exercice continuel, c'est-à-dire la marche à l'aide de béquilles, n'est pas moins nécessaire. Quand le choix de l'appareil le permet ou que l'immobilisation par un bandage inamovible n'est plus indispensable, les bains sulfureux ou salés pris à domicile, ou mieux encore aux stations thermales ou maritimes, ne profitent pas moins à l'état local qu'à la santé générale.

Les moyens mécaniques sont si insuffisants à eux seuls que l'on observe fréquemment des retours de la douleur et des accidents articulaires, alors même que la hanche est immobilisée dans une bonne position par un appareil convenablement appliqué; il suffit pour cela que la santé générale subisse une atteinte quelconque. Citons quelques exemples.

Petite fille de Corbeil, six ans, pâle, lymphatique, coxalgie datant de plusieurs mois. Redressement, application d'un appareil, cessation des douleurs, marche facile avec des béquilles, retour de la santé, résultat très-encourageant; cependant deux fois déjà on m'a ramené l'enfant pour des douleurs assez vives revenues passagèrement à la hanche. L'examen de l'appareil et du membre n'expliquait rien; mais la première fois l'enfant avait été pris de bronchite avec léger mouvement

fébrile; la seconde, il s'agissait d'une entérite assez intense. Ces affections guéries, les douleurs de la hanche disparurent d'elles-mêmes. Il est bon de dire que la mère avait de son chef supprimé les médicaments anti-scrofuleux que j'avais prescrits. — L'enfant du vétérinaire subit le redressement et l'application de l'appareil inamovible le 23 octobre dernier; tout va bien jusqu'au 5 janvier; ce jour-là les douleurs coxo-fémorales, les cris nocturnes recommencent accompagnés de malaise, d'inappétence, d'agitation et de fièvre pendant la nuit. La mère, fort alarmée, ramène l'enfant à Paris; le 8, l'appareil est ôté, mais il est réappliqué sur-le-champ, les choses étant en très-bon état. Le soir même, fièvre intense et apparition le lendemain d'une rougeole des plus vives. A coup sûr on ne pouvait lui assigner pour causes ni le chloroforme ni l'apposition du bandage; évidemment le malaise des jours précédents n'était autre que le prodrôme de l'exanthème, et c'est du côté de l'articulation malade que l'état général avait provoqué les symptômes les plus frappants. — Petite fille d'un boulanger, avec le docteur Caton. Tempérament lymphatique très-prononcé. Coxalgie encore assez bénigne. Appareil inamovible. L'enfant qui languissait à Paris fut envoyée à la campagne au mois de mai. Au bout de six à sept semaines le bandage se détériore, on l'enlève; la marche s'exécute d'abord avec des béquilles, puis en liberté, et sans aucune claudication. Retour au mois de septembre; la santé générale est florissante, la coxalgie paraît entièrement guérie. L'automne et l'hiver se passent bien; mais en février l'enfant pâlit et maigrit un peu, elle recommence à souffrir et à boiter légèrement de temps à autre. La déviation reparaît aussi passagèrement d'abord, puis d'une façon presque continue. La coxalgie récidive certainement. L'appareil est replacé; départ immédiat pour la campagne; préparations iodées prescrites pour plusieurs mois sans interruption. Les chaleurs arrivées, on ôte le bandage. Bains de rivière et bains de feuilles de noyer. L'enfant revient à l'automne, cette fois radicalement guérie sans doute, car depuis plus de deux ans rien n'a reparu.

Je pourrais multiplier les exemples qui prouvent que la jointure affectée sert pour ainsi dire de baromètre à l'état général, et que ce dernier doit être le point de mire du traitement.

Depuis les travaux de Bonnet, tout le monde reconnaît la valeur et l'efficacité des moyens mécaniques et chirurgicaux. On compte, comme on le sait, deux temps principaux. Corriger les déviations, immobiliser la jointure malade; Bonnet s'efforçait de plus de rétablir les mouvements. Avant d'entrer dans les détails il faut se demander si l'ensemble de ce traitement est applicable à toutes les coxalgies. Pour répondre il convient de distinguer les cas :

1° Le redressement forcé et l'immobilisation conviennent au début du mal, quand il y a de la douleur et de la contracture, et chaque fois que dans les coxalgies anciennes il y a des recrudescences. Plus les accidents sont aigus, mieux ces moyens sont indiqués et plus les résultats sont avantageux.

2° Dans les cas chroniques on doit y recourir encore quand les déviations et le raccourcissement sont considérables, quand la marche est difficile et la claudication extrême, quand la douleur, quoique faible, est sujette à des retours et que l'affection est susceptible de se réveiller ou de s'aggraver d'un jour à l'autre.

3° Lorsqu'on est parvenu, au contraire, à l'indolence complète, ce qui traduit presque toujours l'existence d'une ankylose plus ou moins solide, on ne doit attaquer que les déviations très-prononcées, l'adduction ou l'abduction forcées par exemple, ou la flexion angulaire; toutes les fois qu'il y a ankylose rectiligne et que la marche est possible avec un soulier approprié, il est préférable de s'abstenir, à moins qu'on ne soupçonne des adhérences très-limitées et faciles à rompre. Cette difformité est certainement fort incommode; mais elle n'est pas incompatible avec l'exercice et le travail. J'ai vu même tout récemment, dans mon service, une femme de trente-cinq ans qui, à la suite d'une coxalgie datant du jeune âge, conservait un raccourcissement de 8 centimètres avec flexion très-prononcée et enfin adduction considérable. Elle n'en avait pas moins porté et amené heureusement à terme quatre enfants. Elle boitait beaucoup, mais ne souffrait nullement. La mobilité dans la jointure était évidente, mais très-limitée. J'ai jugé à propos de ne rien tenter.

4° Le seul résultat auquel on puisse prétendre après la rupture des ankyloses anciennes, est la métamorphose de la déviation latérale en attitude rectiligne qui permet la marche et la station. A peine rompues, les adhérences se reforment sous l'influence du repos, auquel il faut nécessairement soumettre l'articulation violentée. Quant au rétablissement consécutif des mouvements par l'exercice progressif, les manipulations répétées, le frottement prolongé des surfaces diarthrodiales, il n'y faut point compter. On risque même de réveiller un travail inflammatoire intense et de provoquer des accidents graves. Pendant quelques semaines, quelques mois même, on peut s'applaudir d'un succes apparent, mais quand on suit les malades, on constate presque toujours que les choses reviennent à leur état primitif, s'il ne se produit même pas de nouvelles déviations. Le rétablissement des fonctions a été une illusion de Bonnet, qu'il faut dissiper. Il y a unanimité sur ce point parmi les chirurgiens de Lyon, élèves dévoués de leur illustre maître. D'autres praticiens, MM. Bœckel,

Guersant, Wilhem Busch, etc., sont arrivés aux mêmes conclusions.

5° D'ailleurs, chez les jeunes enfants, la nature se charge quelquefois, à la longue, de réparer le mal. Lorsque la coxalgie est bien guérie, grâce à l'emploi prolongé des appareils, la raideur est d'abord extrême et la mobilité fort douteuse. Mais, sous l'influence de la marche et de l'exercice, on voit quelques mouvements revenir, puis acquérir peu à peu une étendue satisfaisante; ce travail réparateur, probable quand l'obstacle réside dans les parties molles péri-articulaires engorgées, s'effectue d'autant mieux que nulle inflammation intercurrente ne vient le troubler. Je n'ai pu l'observer qu'un petit nombre de fois, à cause du temps fort long qu'il exige; mais je n'en affirme pas moins la possibilité. J'en ai vu surtout un exemple fort concluant dans la clientèle de M. Duval, sur la fille d'un écuyer. Je crois que le massage, les douches, les bains de mer, les eaux sulfureuses, longtemps continués, favorisent cette restauration fonctionnelle tout aussi bien, sinon mieux, que les manœuvres orthopédiques.

6° Faut-il tenter le redressement quand la présence de trajets fistuleux indique d'une manière presque certaine une lésion osseuse? Le cas est d'autant plus embarrassant que l'on s'expose à briser le fémur à son extrémité supérieure, à créer par conséquent une fracture dont le foyer communiquera avec l'extérieur, par l'intermédiaire des trajets purulents, à raviver l'ostéite, et tout cela pour obtenir une attitude qui ne favorisera pas davantage la guérison. Ces objections sont sérieuses, et il est clair que la méthode de Bonnet n'est applicable que par exception au troisième degré de la coxalgie. Cependant j'ai vu deux cas dans lesquels on n'a eu qu'à se louer de l'avoir appliquée. Le redressement calma les douleurs et modifia d'une manière avantageuse la suppuration. Les membres reprirent la rectitude et presque la longueur naturelle. J'ai perdu de vue le premier enfant; mais je sais que le second marche très-bien, et que, sauf un léger raccourcissement, il est parfaitement guéri; chez lui, cependant, les manœuvres, quoique conduites avec beaucoup de précautions, avaient occasionné la fracture du fémur, probablement dans la région trochantérienne.

L'innocuité du redressement, dans ces deux cas, m'a quelque peu rassuré; mais il ne faudrait point s'attendre à la rencontrer toujours.

Au reste, arrivée à cette période, toute coxalgie menace la vie, prédispose à la luxation spontanée, ou, pour le moins, compromet gravement dans l'avenir les fonctions du membre, de sorte que la

hardiesse de la thérapeutique doit être plus grande. Si donc il existe des douleurs vives, si la tête menace de sortir de sa cavité, si l'état local n'indique pas formellement la résection, si enfin l'état général ne contre-indique pas toute tentative, je pense qu'on peut essayer prudemment le redressement suivi de l'immobilisation. L'expectation dans ces cas graves donne des résultats généralement mauvais.

Ces généralités énoncées, j'aborde le manuel opératoire.

Le *redressement* s'exécute de diverses manières : avec les mains seules ou à l'aide de machines; en une seule séance ou progressivement; avec ou sans chloroforme. Tous ces procédés peuvent être utilisés. Le plus communément, le chirurgien cherche à rendre au membre sa direction rectiligne et sa longueur, en lui faisant exécuter, pendant le sommeil anesthésique, des mouvements alternatifs en tous sens, et en n'employant pour cela que la force de ses bras; c'est de cette façon que j'ai toujours agi. Deux fois, dans des cas légers, j'ai appliqué l'appareil inamovible sans chloroforme, la résistance étant médiocre et le spasme musculaire n'ayant provoqué qu'une déviation peu marquée.

Je ne conteste pas l'utilité des machines. Au congrès de Lyon, M. Pravaz fils en a montré une fort belle, fort ingénieuse, qui serait capable, sans contredit, de triompher des rétractions les plus rebelles. Mais le prix élevé de cet appareil, la difficulté de le transporter dans la pratique civile, en restreindront toujours l'usage. En cas d'ankylose trop solide, on pourrait avoir également recours à des moufles ou autres engins analogues, mais le cas ne s'est pas présenté à mon observation et jusqu'ici j'ai pu m'en passer. On conseille également le redressement progressif dans la gouttière de Bonnet, mais ce moyen m'a toujours paru insuffisant et infidèle. Aussi je considère comme plus sûr, plus expéditif et d'une utilité plus générale, le procédé manuel, brusque, rendu facile par l'anesthésie. Celle-ci, d'ailleurs, a si peu d'inconvénients chez les enfants que je n'hésite point à l'employer dès qu'il y a la moindre résistance à surmonter.

La fixité du bassin est, comme on le sait, difficile à obtenir; Bonnet, Langenbeck, Bühring, ont imaginé des étaux particuliers pour remplir ce but. Ces appareils ne m'ont jamais satisfait; ils gênent souvent la manœuvre. Jusqu'à ce jour, la main d'aides vigoureux m'a suffi. Toutefois, pour agir plus efficacement et protéger la peau délicate des enfants contre une pression trop puissante, j'ai souvent mis en usage le moyen suivant qui est des plus simples. La région des épines iliaques antérieures étant garnie de coton, j'applique transversalement une alèze pliée en cravate, de 10 centimètres de large, dont les deux chefs dirigés vers le sol sont vigoureusement maintenus par

des aides, ou mieux encore noués sous la table étroite où repose le patient. Une pression supplémentaire est exercée par dessus l'alèze, par un aide grand et fort qui embrasse des deux côtés le bord antérieur des os iliaques, entre le pouce et le bord radial de la main.

Dans les coxalgies aiguës ou récentes, quand les déviations tiennent surtout à la contracture, on rectifie en général assez vite et sans trop d'effort l'attitude vicieuse; mais s'il existe des adhérences intra-articulaires ou des rétractions ligamenteuses ou musculaires, la chose est beaucoup moins facile. On corrige assez aisément une partie de la difformité, mais la résistance semble ensuite tout à fait insurmontable. Que faut-il faire? Redoubler d'efforts, appliquer des forces plus puissantes que celles de la main, ou des appareils capables de continuer lentement l'action commencée, pratiquer la ténotomie, ou enfin se contenter pour cette fois de l'amélioration réalisée? C'est le dernier parti que j'adopte. Je craindrais, en doublant la violence, d'occasionner des dégâts dans les parties molles et de fracturer les os; car, malgré ce que j'ai dit plus haut de cet accident et de son innocuité relative, je crois qu'il faut l'éviter autant que possible. Je consentirais volontiers à employer les machines à extension, si celles-ci étaient moins chères, plus faciles à supporter nuit et jour, et autrement construites que celles dont nous disposons actuellement. La ténotomie rendrait évidemment des services et elle en a déjà rendu dans des cas analogues ; il est facile de comprendre son utilité quand l'obstacle au redressement semble résider dans les adducteurs; le droit antérieur, le tenseur du *fascia lata,* dont les corps font sous la peau une saillie inflexible. Cependant, sans proscrire les sections musculaires, je n'y ai pas encore eu recours.

Ainsi donc, je m'en tiens au degré de redressement obtenu sans trop de violence, et j'applique l'appareil inamovible, remettant à une séance ultérieure le complément de l'opération. Plus d'une fois, en enlevant le bandage six semaines ou deux mois plus tard, on trouve les muscles et sans doute aussi les obstacles intra ou péri-articulaires beaucoup moins résistants, et l'on arrive à rectifier entièrement l'attitude vicieuse.

Dans ces cas anciens, qu'il est inutile de décrire, car ils sont connus de tous, la préoccupation constante est de ne point réveiller l'arthrite ou l'ostéite. C'est pourquoi 1° je m'empresse d'immobiliser la jointure avec l'appareil, quelque incomplet que soit l'effet obtenu; 2° je fais des séances courtes et énergiques, plutôt que de frotter longtemps les surfaces articulaires l'une contre l'autre, comme le faisait Bonnet avec le concours de ses aides; 3° je me contente de corriger

les attitudes les plus incommodes, c'est-à-dire l'adduction et l'abduction exagérées, puis la flexion extrême ; 4° je m'arrête quand le membre est sensiblement parallèle à l'axe du corps, fût-il même notablement raccourci ; 5° reconnaissant volontiers des bornes à la puissance de l'art, je ne m'acharne pas à obtenir, quand même et au prix de dangers réels, un rétablissement de la forme normale, qui n'implique nullement d'ailleurs celui de la fonction, préférant toujours rester en deçà que passer au delà des limites de la prudence. Aussi ai-je rendu à plusieurs de mes malades l'usage de leur membre, comme support, mais sans détruire toute difformité; 6° enfin quand le redressement exige deux séances ou plus, je les pratique à de longs intervalles, deux mois pour le moins. Wilhem Busch, avec une loyauté qui l'honore, attribue la perte d'un de ses malades à une seconde tentative trop rapprochée de la première. (*Arch. de Langenbeck*, t. IV, p. 87, 1863.)

Le second temps de l'opération, aussi important que le premier, consiste à immobiliser le membre redressé. On a imaginé dans ce but divers appareils. Je ne parlerai que des trois principaux : 1° la gouttière de Bonnet; 2° le bandage inamovible; 3° la machine dite de Mathieu, composée de quatre segments qui peuvent à volonté jouer les uns sur les autres, ou former un tout rigide et inflexible. Tous ces appareils sont bons puisqu'ils remplissent l'indication fondamentale, tous sont utiles et peuvent être successivement employés pendant le cours d'une même cure; ils ne s'excluent donc point ; cependant, l'expérience m'a fait faire à leur égard quelques remarques que je crois bon d'exposer.

Pour se généraliser dans la pratique, un appareil à coxalgie doit permettre la réalisation de plusieurs conditions secondaires à la vérité, mais cependant fort importantes encore.

1° Il faut que peu de jours après l'opération, l'exercice au grand air et le transport d'un lieu à un autre soient possibles. Lorsque la maladie a déjà duré plusieurs semaines ou plusieurs mois, confiant au lit les patients et surtout les petits enfants lymphatiques et scrofuleux, après la cessation des douleurs, rien n'est plus favorable à la guérison que le changement de milieu ou du moins la déambulation. Ce changement amène quelquefois dans la santé générale des modifications promptes et surprenantes. D'un autre côté, si on entreprend le redressement dans les cas anciens non douloureux et n'interdisant point l'exercice, rien n'est plus fâcheux que de condamner brusquement les petits malades à un repos prolongé.

2° Il faut pouvoir à son gré prolonger l'immobilité pendant des

mois entiers, quelquefois une année ou deux. Aussi longtemps, en un mot, que la récidive est à craindre.

3° Quand on suppose la guérison obtenue, il est nécessaire de procéder prudemment à des essais de marche véritable, je veux dire par là qu'il faut peu à peu confier au membre malade une partie du poids du corps, pour s'assurer qu'après la suppression de l'appareil l'articulation, naguère malade, pourra servir à la marche.

4° Comme le redressement et l'immobilisation d'une hanche malade constituent parfois une véritable opération d'urgence, il faut pouvoir se procurer promptement et en tout lieu l'appareil contentif.

5° Enfin il ne faut pas oublier que la coxalgie sévit particulièrement sur la classe indigente, aussi la considération du prix de revient des appareils doit-elle entrer dans la balance.

La résultante de tous ces motifs, sans prononcer la proscription de la gouttière de Bonnet et des appareils orthopédiques, conduit cependant à l'adoption générale du bandage inamovible. Quelques mots de développement achèveront la démonstration.

La gouttière de Bonnet est coûteuse, elle ne se trouve que dans les grands centres ou dans les hôpitaux; il faut la construire d'après la taille des malades et il est nécessaire d'en avoir au moins quatre de dimensions différentes. Or, il est peu de praticiens qui puissent grossir son arsenal d'une série suffisante de ces engins. Ce n'est pas tout, elle n'immobilise pas rigoureusement la jointure, et, plus d'une fois, j'ai vu les déviations s'y reproduire brusquement ou lentement, avec retour des douleurs et de la contracture; elle ne permet guère l'exploration des fonctions du membre quant à la marche. J'ai vu un enfant qui y avait séjourné six mois environ, il paraissait guéri; la gouttière supprimée, tous les accidents reparurent au bout d'un temps fort court, la déambulation était impossible. A la vérité, on peut sortir les malades et les exposer au grand air; j'ai même pu faire charrier un petit enfant dans un jardin public, en faisant adapter à une extrémité deux roues, à l'autre deux poignées qui métamorphosaient la gouttière en une sorte de brouette oblique qu'on faisait rouler longtemps sans fatigue. Mais ceci ne remplace nullement la marche. L'extension permanente dans la gouttière ne m'a jamais paru efficace. A côté de ces inconvénients, il y a des avantages que je ne veux pas cacher. Le procédé est très-simple et très-expéditif, le malade est chloroformé, redressé, puis placé et assujetti dans la gouttière, le tout en quelques minutes, un quart d'heure au plus. Un petit nombre d'aides suffit, le chirurgien ménage ses forces et son temps. C'est pour cela sans doute que cet appareil est si souvent recommandé

dans les consultations. J'ajoute que le résultat immédiat est très-satisfaisant.

Je reconnais encore que la gouttière peut rendre de véritables services dans les cas suivants : chez l'adulte, où l'application du bandage inamovible est extrêmement laborieuse ; dans la coxalgie rhumatismale aiguë, où l'immobilité n'a guère besoin d'être prolongée au delà de deux mois, délai qui ne porte pas à la constitution d'atteintes graves ; à plus forte raison dans la coxalgie hystérique, dont le redressement n'amène point de lésions articulaires, dans laquelle la violentation des muscles contracturés est l'agent principal de la guérison et qui exige souvent l'hydrothérapie ou le massage, c'est-à-dire la suppression momentanée et réitérée de l'appareil ; lorsqu'il existe une suppuration abondante et des trajets fistuleux qu'on croit utile de traiter par les injections iodées ; enfin lorsque la coxalgie est double, ce qui est rare heureusement. Dans un cas de ce genre, l'une des hanches était beaucoup plus malade que l'autre ; ne songeant point à renfermer les deux membres dans un bandage dextriné, j'appliquai la gouttière, espérant que quelques semaines de repos suffiraient pour guérir l'articulation la moins lésée, et qu'il me serait possible alors d'enfermer seul le membre plus sérieusement atteint. Mes prévisions se sont à peu près réalisées.

Un mot maintenant sur l appareil orthopédique. Il immobilise la hanche mieux encore que la gouttière, et présente sur elle cet avantage de permettre la marche, quelquefois même sans béquilles, à la faveur de deux petits béquillons adaptés à la ceinture pelvienne, faisant corps avec elle et montant verticalement jusqu'aux aisselles. Au point de vue de la solidité et de l'élégance, je dirais même de la coquetterie, cet appareil est irréprochable. A l'époque présumée de la guérison, on peut mobiliser les pièces, supprimer même les segments pédieux et jambiers, par conséquent prévenir la raideur des jointures inférieures et savoir jusqu'à quel point celle de la hanche tolère la pression sur le sol. Grâce à cette machine, un de mes clients peut faire de longues promenades, très-utiles à sa santé ; toutefois il s'aide toujours de deux béquilles ordinaires, il n'a aucune sécurité avec les béquillons ; une fois cependant il s'en est servi pendant trois jours, mais il en est résulté dans les deux bras un engourdissement imputable sans doute à la compression du plexus brachial dans l'aisselle.

En regard de ces mérites il faut mettre les défauts. Le prix est considérable, accessible par conséquent aux riches seuls. Les pièces pédieuse et pelvienne devant être exactement adaptées, il est exceptionnel qu'un même appareil puisse servir à deux sujets. Il n'est bien

supporté que dans la position verticale ou assise, mais gêne tellement la nuit qu'il est presque toujours nécessaire de l'ôter chaque soir et de le replacer chaque matin, double manœuvre qui ne laisse pas que d'être assez difficile et d'exiger une certaine dextérité que possèdent sans doute et le constructeur et le chirurgien, mais qu'on ne peut guère attendre de parents ou d'aides inexpérimentés. Ces manœuvres alternatives sont d'ailleurs souvent accompagnées de douleurs, elles contrarient l'immobilité si indispensable au moins dans la période aiguë, et prédisposent à chaque instant au retour du spasme musculaire; c'est donc seulement dans les dernières phases du traitement et dans les formes presque indolentes, qu'on peut utiliser cette ressource. Le malade dont je viens de parler passe la journée dans son appareil, la nuit dans la gouttière de Bonnet. Pendant bien longtemps cette mutation bi-quotidienne, quoique exécutée très-habilement par le père du jeune homme, a été fort délicate et même assez douloureuse; souvent chaque séance demandait près d'une demi-heure. Je me hâte d'ajouter que d'ordinaire les difficultés sont infiniment moindres.

J'arrive au bandage inamovible, dextriné, plâtré, amidonné, peu importe; je préfère la dextrine qui, sous son petit volume, donne beaucoup de solidité; mais, en cas d'urgence, on prend ce qu'on a sous la main. On peut se procurer partout, pour matelasser le bandage, du coton, de la filasse fine, ou une étoffe molle quelconque, puis des bandes; enfin, pour solidifier l'appareil, des attelles de carton, de zinc, de fer-blanc, de fil de fer, de bois très-mince à défaut d'autre chose; le tout sans grands frais. Aussitôt la dessiccation obtenue et les douleurs des manœuvres de redressement disparues, le malade peut se lever, s'habiller seul, entreprendre un long voyage, marcher avec des béquilles s'il est raisonnable, ou, s'il est en bas âge, être assujetti par le tronc et les bras dans un petit chariot à roulettes. Plus tard on remplace les béquilles par des cannes. Comme l'appareil bien appliqué présente peu de volume, et qu'un soulier ordinaire chausse bien le pied du côté malade, la coquetterie de l'enfant et celle des parents, quelquefois plus exigeante, peut être satisfaite.

Le bandage inamovible calme les douleurs et immobilise exactement la hanche, il est très-bien supporté pendant la nuit, mais toute médaille a son revers. L'application, qu'il serait superflu de décrire, est assez malaisée, elle est surtout longue et très-fatigante chez l'adulte et les adolescents; elle exige la continuation prolongée de l'anesthésie, et il n'est pas rare que la durée totale de l'opération dépasse une demi-heure; si le malade se réveille avant la fin, le spasme musculaire reparaît et les déviations peuvent se reproduire, comme je l'ai vu

plusieurs fois. Si après l'application, ou dans les jours consécutifs, les douleurs de la hanche continuent, si elles reparaissent au bout d'un certain temps, on est fort embarrassé pour en reconnaître la cause, le membre étant soustrait à la vue. On hésite à ôter le bandage qu'il faudra remettre aussitôt, et il n'est pas prudent néanmoins de négliger l'inspection directe des parties. Embarras analogue si le redressement ayant été incomplet, on a en perspective la nécessité d'une séance nouvelle et prochaine. Contre-indication de ce moyen, s'il existe des abcès ou des fistules; on ne peut songer à faire dans l'appareil et pour les pansements nécessaires, des ouvertures ou des fenêtres qui compromettraient la solidité. Difficulté très-grande de maintenir la propreté et la résistance du bandage chez les très-jeunes enfants qui urinent continuellement; et puis enfin les circulaires qui doivent recouvrir une épaisse couche d'ouate, cessent de se mouler sur les parties, quand celle-ci se tasse, d'où immobilisation imparfaite, retour des cris nocturnes et des déviations. Si au premier moment on serre trop fortement les bandes, il en résulte une gêne notable. Enfin, chez les enfants surtout, le bandage se brise, surtout au niveau des jointures. Souvent la circonférence, plus ou moins tranchante, formée par les bandes durcies, excorie la peau de l'abdomen, de l'aine du côté sain, du pli génito-crural, de la fesse du côté malade, etc., et force à retirer prématurément le bandage, etc., etc. En somme, une foule de petits accidents peu graves, possibles à éviter d'ordinaire, mais qui commandent de la part du chirurgien, du malade ou de ses parents, une attention et une surveillance minutieuses.

J'ai pour ma part cherché à pallier quelques-uns de ces inconvénients en apportant quelques modifications assez minimes en elles-mêmes, mais qui ne sont pas à dédaigner. Je ne les indiquerai que d'une manière sommaire : 1° suppression de toute la partie pédieuse du bandage. Je commence les circulaires au-dessous du mollet, d'où économie de temps et liberté entière des mouvements du pied. 2° Un caleçon de coton ajusté comme un maillot et doublé d'une couche épaisse de coton piquée à l'avance, est substitué aux pièces d'ouate roulées autour du membre et du bassin, et au premier bandage sec destiné à les maintenir. 3° Application immédiate sur ce caleçon de trois attelles de fil de fer : l'une circulaire faisant le tour du bassin, les deux autres parallèles à l'axe du membre et solidement fixées par une de leurs extrémités sur la première. Les attelles feront partie intégrante du bandage dont elles augmentent infiniment la solidité sans accroître beaucoup le poids. Elles rendent beaucoup plus aisée l'application de la bande solidifiable qu'on pose immédiatement dessus, par là on abrége la séance et l'on continue moins longtemps le chlo-

roforme. 4° Le caleçon dépassant de tous côtés les couches du bandage qui doivent se durcir, on se sert de l'excédant comme d'une manchette que l'on rabat et que l'on colle sur toute la circonférence libre, de manière à terminer partout celle-ci par un bourrelet arrondi, mousse, épais, incapable de blesser la peau et de faire naître des excoriations. Ce temps complémentaire est assez long à exécuter, mais on y procède alors que le sujet est tout à fait revenu de son sommeil. Toute précaution ultérieure pour empêcher la flexion et la déformation du bandage pendant qu'il sèche devient inutile. Certains bandages ainsi construits ont pu rester en place pendant six mois sans incommoder les sujets et sans subir la moindre détérioration.

Il est un dernier point sur lequel je voudrais fixer votre attention. J'en attends la solution de votre expérience, car je n'ai pour ma part que des incertitudes et des hésitations. En supposant que tout aille pour le mieux, que les douleurs aient disparu totalement, que la santé se soit rétablie, combien de temps doit-on maintenir l'immobilité de la hanche ? Quand est-il permis de supprimer les appareils ? Quels signes indiquent la guérison probable et effacent la crainte des récidives ? Pour ma part, je n'ai rien de précis à répondre. Condamner une articulation à un repos trop prolongé, et en revanche lui rendre trop tôt sa liberté constituent deux écueils également fâcheux ; mais comment les éviter ? Il est certain que la limite nécessaire doit varier suivant les formes, les degrés, les lésions, l'état du milieu et celui de la santé générale ; mais tout cela est très-vague, et quelques règles même approximatives seraient bien précieuses. Tout ce que j'en puis dire, c'est que la cure exige généralement beaucoup plus de temps qu'on ne le croit. J'estime qu'il vaut mieux compromettre un peu la mobilité future que d'encourir les chances d'une récidive. Les seuls indices qui m'ont guidé jusqu'à ce jour ont été : 1° le rétablissement satisfaisant de la santé générale ; 2° la possibilité de poser sans douleur le pied par terre et de lui confier sa part dans la répartition du poids du corps dans la marche. Je crois encore qu'on ne saurait lutter avec trop de fermeté contre l'impatience bien naturelle d'ailleurs des malades ou de leurs parents. Je laisse de côté bien des points importants du traitement de la coxalgie, surtout dans les cas graves. Je ne parle ni du traitement des abcès et des fistules, ni des indications de la résection, mais j'espère que les débats arriveront aussi sur ce terrain.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les Journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Notre collègue, M. Guyon, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Maurice Perrin, élu membre titulaire dans la dernière séance, écrit pour remercier la Société.

M. Larrey présente à la Société, au nombre de M. Borelli, membre correspondant étranger, une brochure en italien : *Sur l'ankylose angulaire du genou et son traitement.*

M. le docteur Dolbeau présente, au nom de M. A. Morillon, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *Recherches pour servir à l'histoire jusqu'ici incomplète du spina bifida.*

RAPPORT.

M. GIRALDÈS donne lecture d'un rapport sur une observation de *prétendue luxation de l'astragale*, lue à la Société de chirurgie par le docteur Avrard (de La Rochelle). M Giraldès conclut au dépôt dans les archives.

LECTURES.

M. TARNIER lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, une note sur l'*avortement provoqué chez une femme atteinte d'ostéomalacie.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Danyau, Laborie et Blot.

M. TILLAUX, à l'appui de sa candidature à la même place, lit une note sur *la maladie kystique du testicule.*

Cette note est renvoyée à une commission composée de MM. Dolbeau, Gosselin et Boinet.

DISCUSSION.

De la Coxalgie.

M. BOINET. Dans les séances précédentes, M. Verneuil s'est appliqué à faire ressortir les difficultés du diagnostic de la coxalgie. Je viens au-

jourd'hui confirmer ce qu'a dit notre collègue, en rappelant qu'il y a plusieurs années j'ai également signalé des faits dans lesquels des abcès péri-articulaires ont pu simuler la coxalgie.

Dans d'autres circonstances, j'ai vu également des sciatiques prises pour des coxalgies. M. Richet doit se rappeler, entre autres, un malade que nous vîmes ensemble, et chez lequel une sciatique avait fait croire à l'existence d'une coxalgie.

A cette époque, j'ai cherché à montrer que l'allongement apparent du membre malade n'avait pas la valeur qu'on lui accorde généralement. J'ai fait voir qu'on peut le rencontrer dans tous les états qui gênent la station sur un des membres abdominaux. Or, voici, suivant moi, comment les choses se passent : la douleur faisant cesser les contractions détermine l'allongement apparent, surtout chez les jeunes sujets qui ont boîté plus ou moins longtemps, et chez lesquels, par suite de la claudication habituelle, il s'est exécuté un mouvement de torsion dans le bassin. C'est alors l'obliquité du bassin qui simule l'allongement.

M. Ferdinand Martin pense que l'inflammation de la capsule articulaire est le fait initial. Cette inflammation, une fois développée, s'irradierait aux parties environnantes et en particulier aux muscles, d'où une rétraction qui amènerait l'abaissement de la hanche. Je ne suis pas disposé à partager cette opinion, car on trouve des faits dans lesquels il n'y a pas trace d'inflammation, et cependant on a pas moins tous les symptômes de la coxalgie.

M. MARJOLIN. Je crois qu'il faut traiter la question surtout au point de vue clinique ; les théories viendront après. Ce qui, suivant moi, rend si difficile le diagnostic de la coxalgie, c'est sa complexité. Il est, en effet, impossible de ne pas reconnaître qu'elle touche, par certains points, à l'histoire des tumeurs blanches. En sorte qu'un pronostic bien net et bien catégorique est presque impossible à porter.

Pour ce qui a trait à la fréquence de la maladie, je dirai que c'est une affection plus commune qu'on ne le pense généralement. J'ai voulu comparer ce qu'on observe dans la classe pauvre et dans la classe aisée. Pour cela, j'ai interrogé les souvenirs de plusieurs de nos confrères, dont la position les mettait à même de pouvoir observer des sujets atteints de coxalgie. M. Danyau, qui est depuis plus de vingt ans médecin du collége Sainte-Barbe, considère la coxalgie comme excessivement rare. M. Michon, attaché déjà depuis longues années au collége Louis-le-Grand, n'en a vu que quelques cas au début. Enfin, M. Moulin, qui remplit les fonctions de chirurgien au lycée Saint-Louis, également depuis fort longtemps, dit n'en avoir jamais vu.

Quant à moi, j'en observe malheureusement trop souvent à l'hôpital Sainte-Eugénie, et, en ce moment, on peut en compter trente-neuf cas, à toutes les périodes de la maladie. Il y a donc une très-grande différence de fréquence dans la classe pauvre et dans la classe aisée ; chez les pauvres, on la trouve même au berceau. J'ai vu souvent des enfants revenir de nourrice complétement infirmes.

Cette fréquence, plus grande dans la classe pauvre, s'explique facilement, soit par l'obligation pour les pauvres enfants malades de continuer l'exercice et le travail malgré l'existence des symptômes du début, soit par l'impossibilité, pour un grand nombre d'entre eux, d'entrer à l'hôpital sans attendre leur admission pendant des semaines entières, quelquefois même pendant plusieurs mois.

MM. Verneuil et Boinet ont insisté, avec raison, sur la facilité des erreurs de diagnostic ; et, pour confirmer leur opinion, je citerai un fait dont j'ai été témoin il y a déjà bien longtemps.

Roux, Gerdy, M. Malgaigne et mon père se trouvèrent un jour réunis en consultation pour voir un malade âgé de cinquante ans, qui, à la suite d'une chute, éprouvait de vives douleurs dans la hanche. On diagnostiqua une luxation, et, d'un commun accord, on fit, avec les moufles, des tentatives de réduction ; le résultat fut négatif. Quelques années plus tard, la santé générale du malade s'altéra, et il mourut. A l'autopsie, dont je fus chargé, on ne constata rien autre chose qu'une fracture du col du fémur. Si des hommes de cette valeur ont pu commettre une semblable erreur, personne ne saurait nier la difficulté du diagnostic dans ces sortes de cas. Mais ce n'est pas seulement au début de l'affection qu'on voit chaque jour commettre de telles méprises ; cela s'observe encore dans des circonstances où la maladie est déjà fort avancée, et je crois, pour ma part, que tous les moyens géométriques de mensuration peuvent bien contribuer souvent à produire l'erreur en obscurcissant la question.

Un signe qui m'a paru d'une grande utilité diagnostique, c'est la différence de *rhythme* dans la marche. Il suffit, en effet, bien souvent, à l'observateur, de fermer les yeux pendant qu'on fait marcher le malade, et alors l'oreille est frappée du défaut d'harmonie dans les bruits successifs produits par les deux pieds au moment où ils frappent le sol.

Pour ce qui est de la déformation, elle varie beaucoup de fréquence. Elle peut se produire sans suppuration ; tantôt à cause d'une simple hydarthrose coxo-fémorale, tantôt par le gonflement des parties molles qui rend la mensuration presque impossible. La thèse de M. Gibert renferme un de ces exemples d'hydarthrose coxo-fémorale, survenue à la suite d'une fièvre typhoïde ; cette hydarthrose avait suffi à pro-

duire une luxation qu'un simple mouvement de fléxion a pu réduire. Dans d'autres cas, il existe une sorte d'élévation du bourrelet cotyloïdien, qui rend également la mensuration illusoire. Enfin, le même résultat peut s'observer aussi après la destruction, plus ou moins avancée, des parties molles et des parties dures.

Quant aux variétés de la coxalgie, je n'ai jamais observé la *forme spasmodique*. Je ne puis admettre non plus, avec notre honorable collègue, que le pronostic de cette affection soit généralement peu grave.

M. VERNEUIL. J'ai déjà dit que je n'attachais pas une grande importance à l'allongement apparent comme moyen de diagnostic ; mais M. Marjolin n'a pas répondu à la question que j'adressais à mes collègues, sur la valeur du signe consistant dans l'impossibilité de porter le membre malade dans l'*abduction* sans imprimer aussi un mouvement au bassin.

M. MARJOLIN. Cette impossibilité d'imprimer un mouvement d'*abduction* sans faire mouvoir le bassin a une très-grande valeur, mais non une valeur absolue, car, dans quelques coxalgies bien constatées, l'*abduction isolée* du membre malade est encore possible.

M. VERNEUIL. Je considère ce signe non pas comme *pathognomonique*, mais comme *très-important*.

Quant au doute de M. Marjolin sur l'existence de la *coxalgie spasmodique*, je ne puis pas le lever ; mais je puis seulement lui affirmer qu'il m'a été donné d'en observer des exemples.

Pour ce qui est du pronostic de l'affection, j'ai seulement voulu dire que, depuis l'usage des procédés de Bonnet, employés à temps, la gravité de la maladie est singulièrement devenue moins grande.

M. GIRALDÈS. Je dirai seulement, pour aujourd'hui, que l'*impossibilité de l'abduction* constitue un symptôme d'une très-grande importance. Je ne l'ai jamais vu manquer dans la coxalgie confirmée. La valeur de ce moyen de diagnostic est surtout très-grande, si, préalablement à sa constatation, le malade a été plongé dans l'anesthésie par les inhalations du chloroforme.

On peut d'ailleurs ajouter à ce signe le suivant : si, plaçant un doigt sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, on imprime des mouvements au membre malade, on voit ces mouvements transmis à l'épine iliaque antérieure et supérieure s'il y a coxalgie.

Une commission, composée de MM. Larrey, Giraldès et Foucher, est nommée pour examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale;*

Le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure.*

— Le docteur Drouineau, de la Rochelle, fait hommage à la Société de sa *Notice sur une épidémie d'affections varioliques*, observée à 'asile des aliénés de Lafond.

— M. Amilcor Ricordi, de Milan, adresse une brochure intitulée : *Uréthrotome ou instrument destiné à la section interne des rétrécissements fibreux de l'urèthre.*

— M. Gion, dentiste, présente la note suivante sur un obturateur du palais appliqué sur une malade :

La jeune fille présentée par M. Gion est âgée de dix-sept ans. Elle porte une division congénitale de la voûte et du voile du palais. Opérée trois mois après sa naissance, les lèvres seules paraissent avoir été réunies. Dans l'état actuel, la cicatrice labiale présente un point non réuni en bas de l'aile de la narine droite, au niveau de la racine de la seconde incisive droite.

La division du palais commence immédiatement derrière l'arcade dentaire, et va s'élargissant jusqu'à la partie postérieure, où l'on voit deux rudiments de la luette divisée. En arrière, la division du palais présente une largeur de 1 centimètre et demi.

Dans la profondeur de cette division, on aperçoit, des deux côtés, des parois solides, osseuses, dont l'une paraît être le vomer et l'autre un cornet de la narine droite; la muqueuse tapisse toutes ces parties sans qu'on y aperçoive ni ulcération ni cicatrice.

La parole est extrêmement gênée : la jeune fille ne peut prononcer les *G*, les *K*, les *Q*, les *C* durs; la déglutition demande des efforts pénibles, et celle des liquides ne se fait pas sans qu'il y ait reflux par les narines.

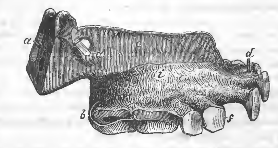
Pour remédier à cette difformité, j'ai construit un appareil dont je présente le modèle. C'est un obturateur qui prend ses points d'appui

sur deux molaires de chaque côté et par un pivot en avant. La cuvette et les anneaux sont en platine pour donner de la solidité à l'appareil; mais, comme l'ouverture qu'il fallait combler nécessitait une masse assez considérable, la partie qui s'engage dans la division est en caoutchouc durci, et disposée de manière à satisfaire aux indications suivantes :

1° Dans la partie qui sert de plancher aux fosses nasales est un plan incliné en avant pour permettre l'écoulement du mucus nasal;

2° En arrière, la partie en caoutchouc durci se prolonge jusque près la partie postérieure du pharynx, ménageant un petit espace pour l'écoulement postérieur du mucus nasal; mais l'espace est tel qu'il peut facilement et complétement disparaître dans le mouvement de déglutition pendant que les pharyngiens supérieurs contractent et rétrécissent cette partie, dans le même temps que les pharyngiens inférieurs soulèvent la partie inférieure du pharynx dans le but de venir saisir le bol alimentaire;

3° La partie postérieure de l'obturateur est percée de deux trous à plans inclinés en arrière, et munis de deux valvules dont l'une s'ouvre d'avant en arrière pour laisser l'inspiration nasale libre, ainsi que l'écoulement du mucus dans l'arrière-gorge; l'autre pour permettre l'expiration nasale et en même temps rejeter une partie du mucus en avant.



i. Corps de l'appareil en platine.
b. Les anneaux dans lesquels entrent les dents restantes.
d. Pivot en platine entrant dans une racine.
c. Vulcanite durcie formant cloison et bouchant la partie postérieure des fosses nasales.
a a. Trous munis de soupapes ou valvules d'inspiration et d'expiration.
f. Les dents remplacées.

Les résultats obtenus par cet appareil de prothèse sont sensibles. En premier lieu, la déglutition est devenue facile, les liquides ne re-

fluent plus par le nez. En second lieu, la parole a gagné beaucoup, les sons sont plus nets, les syllabes sont plus franchement articulées ; les consonnes palatines sont encore difficiles ; cependant, tout me fait espérer qu'avec le temps l'habitude de l'appareil apportera une amélioration considérable.

Enfin, le mucus nasal, déversé maintenant avec plus de régularité tant en avant qu'en arrière, n'obstrue plus l'isthme du gosier, et n'occasionne plus cette gêne de la gorge avec nausées qui existait antérieurement.

Tels sont, Messieurs, les résultats que j'ai pu obtenir dans ce cas difficile ; c'est, je crois, un exemple de ce que la prothèse peut faire pour ces malheureux malades auxquels la chirurgie ne peut plus, hélas ! venir en aide par ses procédés cependant tout en progrès.

DISCUSSION.

De la coxalgie.

M. DOLBEAU. Il serait regrettable d'englober sous le nom de *coxalgie* tous les états douloureux de la hanche. Ce serait produire volontairement une grande confusion ; quand on donne, par exemple, le nom de *coxalgie* à la contracture douloureuse des muscles de la hanche, on me semble commettre la même erreur que si on confondait la carie vertébrale avec les douleurs musculaires des muscles du cou connues sous le nom de *torticolis*.

Quoique l'articulation de la hanche, à cause de sa profondeur dans les tissus environnants, soit plus difficile à explorer que celle du genou, on peut cependant arriver au diagnostic de ses maladies.

Dans le mouvement imprimé, s'il y a douleur, il y a maladie de l'articulation. Quoiqu'on ait depuis longtemps étudié la coxalgie, chacun des symptômes indiqués, pris isolément, ne suffit pas pour la reconnaître. Si on trouve le diagnostic de cette affection si difficile, c'est qu'on veut le porter avec un seul signe. C'est en agissant ainsi qu'on arrive à prendre la carie du grand trochanter pour la coxalgie. Qu'on fasse pour la coxalgie ce qu'on fait pour toutes les maladies : qu'on interroge chacun des symptômes, et le diagnostic sera facile.

Ce qui me paraît difficile, c'est de préciser le degré de la maladie, ou encore la variété de la lésion articulaire. Quand l'arthrite est passée à l'état chronique, il devient difficile de dire si les ligaments ou les os sont malades et à quel degré ces parties sont altérées.

Pour ce qui est de la forme hystérique, je ne comprends pas qu'on en fasse de la coxalgie ; pourquoi ne pas faire aussi une coxalgie trochantérienne de la carie du grand trochanter ?

Quant au pronostic, on dit qu'il est devenu moins grave. Je crois aussi que la gravité de l'affection a pu changer si on englobe sous le nom de *coxalgie* toutes les affections douloureuses de la hanche, mais si on ne fait pas cette confusion et qu'on réserve cette dénomination aux seules maladies de l'articulation coxo-fémorale, le pronostic reste très-grave, même quand cette affection est bien traitée.

Pour moi, ce qui me semble difficile dans l'histoire de la coxalgie, c'est surtout ce qui est relatif au traitement. Je me réserve d'y revenir quand il en sera question.

M. GIRALDÈS. J'avoue ne pas bien comprendre l'idée de notre collègue, M. Verneuil. La manière dont la discussion est posée fait qu'on ne sait sur quoi s'arrêter.

M. Verneuil nous a signalé toutes les erreurs qui ont été faites. Suivant moi, ces erreurs dépendent tantôt du malade, tantôt de l'observateur. Dans les hôpitaux, le diagnostic me paraît moins difficile qu'en ville, à cause de la facilité plus grande d'administrer le chloroforme.

Dans beaucoup de cas, l'erreur a tenu à l'importance trop grande donnée à certains signes secondaires. J'en trouve la preuve dans une des dernières publications qui a reçu la sanction d'un corps savant. Là, en effet, se trouvent accumulées beaucoup d'assertions et peu de preuves.

Un signe très-bon de la coxalgie est celui tiré de l'*impossibilité de l'abduction*, surtout pendant le sommeil chloroformique. Ce signe est bien préférable à tous ces moyens, plus ou moins géométriques, de mensuration qui sont rarement applicables au lit du malade.

M. Verneuil admet trois espèces de coxalgie : la forme *rhumatismale*, la forme *scrofuleuse* et la forme *spasmodique*. Ces distinctions, purement étiologiques, ne me paraissent pas admissibles, parce qu'elles ne comprennent pas toutes les variétés. Si, en effet, on prend pour point de départ de la classification la cause de la maladie, il faut ajouter aux trois variétés précédentes la forme *rubéolique, variolique, typhique* et beaucoup d'autres.

Il n'y a, je crois, de bonne distinction à faire que celle qui est acceptée depuis longtemps et qui consiste à séparer les cas dans lesquels la maladie débute par la synoviale et ceux où elle commence par les os.

Quant à la variété capsulaire admise dans l'ouvrage auquel je faisais allusion tout à l'heure, elle n'est pas admissible ; jamais la maladie ne commence par les ligaments.

Je dirai maintenant à M. Marjolin que, quand on a affaire à une affection aiguë de l'article avec suppuration, personne n'hésite à ouvrir la jointure. En cas d'hydarthrose, on a souvent fait des ponctions.

Quant à la *coxalgie spasmodique*, M. Marjolin a raison de ne pas l'accepter, si par coxalgie on entend seulement une *maladie* articulaire; mais, en donnant à la définition sa signification la plus large, on peut très-bien admettre la coxalgie spasmodique.

Pour ce qui a trait au pronostic, il variera nécessairement avec l'état général du sujet et les conditions hygiéniques dont il pourra disposer. D'une manière générale, on peut dire aussi que la guérison est d'autant plus probable que le malade est plus âgé.

Quand on a affaire à un individu atteint de tubercules pulmonaires ou mésentériques, la coxalgie ne guérit pas, même dans l'appareil de Bonnet, que je me plais à proclamer le meilleur.

M. VERNEUIL. Je regrette de n'être pas arrivé assez tôt pour entendre le commencement de l'allocution de M. Dolbeau. Il s'est résumé en exprimant un grand étonnement de ce qu'on voulait, suivant lui, faire le diagnostic de la coxalgie au moyen d'un seul symptôme; mais je ne puis que m'étonner de l'étonnement de notre collègue, car j'ai dépensé vingt-cinq minutes à blâmer cette manière de faire.

Que M. Dolbeau n'ait jamais éprouvé de difficulté à reconnaître la coxalgie, cela est possible, mais quand on voit des praticiens de la valeur de ceux que nous avons cités, M. Marjolin et moi, commettre de graves méprises, je crois qu'il n'était pas si peu opportun de revenir sur l'histoire de la coxalgie.

Personne n'a jamais eu l'idée de faire une coxalgie avec la *seule claudication*. Ce que j'ai dit, c'est que, quand un enfant boîte, il faut toujours, songeant à la coxalgie, examiner la hanche et ne pas admettre si facilement qu'on est porté à le faire, les douleurs de croissance comme cause de la claudication.

Quant à la *coxalgie hystérique* ou *spasmodique*, je l'ai admise parce que j'ai accepté le sens grammatical du mot; M. Dolbeau n'en veut pas. Comment alors appellera-t-il une affection dans laquelle, sans lésion articulaire, nous retrouvons tous les symptômes de la coxalgie?

Quand je vois l'élément spasmodique jouer un si grand rôle dans la synovite et même dans l'altération des parties osseuses de l'articulation coxo-fémorale, j'avoue qu'il ne me répugne pas le moins du monde d'admettre une variété de coxalgie dans laquelle cet élément spasmodique est la chose essentielle.

M. Giraldès ne veut pas accepter ma classification parce qu'elle est *étiologique*. Mais c'est précisément pour cette raison que je la trouve bonne, attendu que, grâce à ces distinctions, je puis porter un pronostic plus autorisé et instituer un traitement plus rationnel.

L'ancienne division des coxalgies, reposant sur le point de départ

de la maladie, est le plus souvent très-difficile à établir au lit du malade et d'ailleurs elle n'a pas jusqu'à présent rendu de bien grands services.

L'expérience nous apprend, au contraire, la différence considérable qui sépare la forme scrofuleuse de la forme rhumatismale; dans la première, en effet, il survient presque toujours de la suppuration; dans la deuxième, au contraire, cela ne s'observe presque jamais.

On m'a dit que le pronostic n'avait pas changé, les résultats que j'ai obtenus me démontrent le contraire. Ce qui ne veut pas dire qu'on guérira avec les appareils de Bonnet les enfants phthisiques ou atteints de carreau. Ce que je puis affirmer, c'est que, dans une série de seize malades que j'ai pu observer, aucun n'est mort, tandis qu'avant l'application des appareils de Bonnet, j'en ai vu mourir deux, qui, bien entendu, n'avaient de tubercules ni dans les poumons ni dans le mésentère.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. MARJOLIN, au nom de **M. PRESTAT,** chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, membre correspondant, présente un *Appendice corné, développé au voisinage d'une cicatrice;* cette pièce est accompagnée de la note suivante :

Il y a deux ans, Antoine Roger, âgé de 40 ans, ouvrier charpentier, a eu une fracture grave de la jambe par cause directe. Un volumineux morceau de bois avait violemment contus la jambe en même temps qu'il avait fracturé les deux os au tiers inférieur. Cette fracture resta deux jours sans être pansée. De toutes ces fâcheuses circonstances résulta un vaste phlegmon, et, malgré tous mes soins, une eschare superficicielle du talon. Très-près de la cicatrice de l'eschare s'est développée une sorte de durillon, qui a donné naissance à l'ergot que je présente. Il est situé à la partie postérieure du calcanéum, et simule un ergot de gallinacé, mais à concavité inférieure. La pression de la chaussure sur cet ergot déterminait une gêne continuelle et quelquefois de vives douleurs. Je l'ai enlevé le 20 février et avec lui toute l'épaisseur de la peau, voulant éviter certainement la reproduction de cette lésion.

M. MARJOLIN présente ensuite l'extrémité inférieure du tibia d'un enfant mort dans son service.

C'est un exemple d'*ostéite* qui, après avoir débuté par l'épiphyse articulaire, s'est propagée à la partie inférieure de la diaphyse malgré l'espèce de barrière constituée par le cartilage intermédiaire.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Follin sur les titres des candidats aux places de *membres correspondants étrangers*.

Sur la proposition de la commission, appuyée par plusieurs membres de la Société, il est décidé que l'élection doit être ajournée.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 1er MARS 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale ;*

Le *Journal de médecine de Bordeaux ;*

Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— Le docteur Maschi Luigi, de Parme, fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Studi di anatomia comparata sul laberinto delle fibre cerebrali*, etc.

— M. le docteur Pénard, chirurgien principal de la marine en retraite, ex-professeur d'accouchements à l'École de médecine de Rochefort, candidat à la place de membre correspondant, offre en hommage à la Société son *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme.*

Cet ouvrage est rapidement arrivé à une seconde édition et mérite le succès qui l'a accueilli. (Rapporteur, M. Depaul.)

— M. LARREY présente, au nom de M. Marmy, médecin principal d'armée, une brochure intitulée : *Études sur la régénération des os par le périoste.*

RAPPORTS.

M. DOLBEAU, au nom d'une Commission composée de MM. Guérin, Boinet et Dolbeau, lit un rapport sur le travail présenté par M. le doc-

teur Tillaux sous le titre de *Maladie kystique du testicule*, à l'appui de sa candidature à la place de membre titulaire.

M. le rapporteur termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur ;

2° Renvoyer au *Bulletin* le travail de M. Tillaux.

Ces conclusions sont adoptées, et le rapport de M. Dolbeau sera joint au travail de M. Tillaux.

— **M. DOLBEAU**, au nom d'une Commission composée de MM. Marjolin, Follin et Dolbeau, lit un autre rapport sur une note de M. le docteur Léon Labbé intitulée : *Sur la propagation de l'inflammation au péritoine à la suite des adénites inguinales*, et présentée à l'appui de sa candidature à la place de membre titulaire.

Ce rapport se termine par les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur ;

2° Renvoyer au *Bulletin* les deux premières observations inédites du travail de M. Labbé.

Ces conclusions sont adoptées, et le rapport de M. Dolbeau sera également imprimé dans le *Bulletin.*

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL termine sa communication sur la *coxalgie* en exposant la partie relative au traitement. (Voir plus haut.)

LECTURE.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN lit, comme contribution à la discussion sur la coxalgie, l'observation suivante :

Incertitude du diagnostic dans quelques cas de coxalgie.

La difficulté du diagnostic de la coxalgie, sur laquelle on a insisté dans la dernière séance, m'engage à communiquer à la Société l'observation suivante :

Une jeune femme de vingt-trois ans, d'une bonne santé et d'une fraîcheur remarquable, enceinte de six mois, fait une chute sur la hanche vers la fin du mois de juin dernier, n'éprouve qu'une douleur passagère, revient de la Suisse à Paris sans accidents, et accouche heureusement à la fin d'octobre, nourrit son enfant, mais est obligée de suspendre son allaitement à la fin de novembre.

Le 8 décembre, après une course un peu fatigante, elle éprouve dans la hanche, qui avait été le siége d'une contusion et d'une ecchymose, une douleur qui l'oblige à garder le repos, et qui devint si vive les jours suivants qu'elle fut considérée comme une névralgie

sciatique. Les calmants et les injections sous-cutanées d'atropine furent impuissants contre cette douleur.

Le 3 janvier, quand je vis la malade pour la première fois, je reconnus un abcès profond et déjà d'une grande étendue (six ou sept pouces au moins). Il n'y avait point de douleur dans la région antérieure et interne de l'articulation coxo-fémorale, mais la pression sur le grand trochanter était douloureuse. Le membre avait sa longueur et sa direction naturelles, les mouvements étaient pénibles et ne permirent pas d'essayer complétement la flexion de la cuisse sur le bassin. Les cataplasmes émollients et les onctions calmantes procurèrent un grand allégement. La fluctuation devenait de plus en plus apparente.

Je retardai l'ouverture de l'abcès, parce que j'étais incertain sur le point de départ, quoique j'inclinasse à le considérer comme le résultat de la contusion, et par conséquent comme en dehors de l'articulation, malgré la distance entre la cause et l'effet, et son apparition trop prompte pour l'attribuer à une coxalgie suppurée.

A cette époque, le membre, qui jusque-là avait conservé sa direction naturelle, s'inclina fortement dans l'adduction, et les tentatives pour le ramener dans le sens opposé étaient très-douloureuses. C'est à cet instant, au commencement de ce mois (février 1865), que les parents désirèrent l'avis de M. Nélaton. Incertain, comme moi, sur le point de départ de l'abcès, il proposa, comme je l'avais déjà proposé moi-même, de mettre le membre dans l'appareil de M. Bonnet, de Lyon.

La malade fut chloroformée, et n'éprouva aucune douleur ni pendant cette réduction ni après. Elle eut seulement une grande excitation consécutive, marquée par une loquacité qu'on avait peine à tempérer. Une ponction étroite et oblique, dont la malade ne s'aperçut pas, fut faite à la partie inférieure de l'abcès, qui s'étendait alors jusqu'à la moitié de la cuisse. Il en sortit un pus abondant et phlegmoneux. Aucun accident ne se manifesta pendant les trois jours suivants. Seulement la malade était agitée, dormait mal, et avait quelque trouble dans les idées. Son appétit, qui s'était conservé, était presque perdu. A la fin du troisième jour, le pouls, très-petit, avait une fréquence de 144 pulsations. On faisait dans le foyer purulent des injections légèrement alcooliques. Le pus, moins lié, avait un peu d'odeur.

Le quatrième jour, on aperçut un érysipèle, qui, vers le sixième jour, s'était élevé jusqu'à la partie supérieure de la hanche. Le délire était continuel, les forces s'affaissaient de plus en plus, malgré de bons bouillons et quelques potages, de l'eau vineuse, du quinquina, de l'eau chlorurée, dans la crainte d'une infection putride. La mort

arriva le dixième jour après l'application de l'appareil et de l'ouverture de l'abcès.

L'examen des parties malades eut lieu trente heures après le décès. Il s'était déjà écoulé, dans les mouvements imprimés au corps pour l'ensevelir, une grande quantité de sang noir, demi-fluide, et avec une odeur putride peu marquée. Cependant une longue incision, de bas en haut, jusqu'au-dessous du grand trochanter, mit à nu un foyer purulent qui n'avait rien de particulier, mais qui, à sa partie supérieure, communiquait par une ouverture arrondie pouvant recevoir l'extrémité du doigt, avec un autre foyer d'aspect bien différent. Il offrait une couleur noire, embrassait toute la circonférence du trochanter avec altération du périoste.

Après avoir mis à sec ce foyer avec une éponge, l'articulation fut ouverte à sa partie externe et la tête du fémur luxée par un mouvement forcé d'adduction. Cette articulation ne contenait aucune trace de suppuration. La membrane synoviale qui recouvre la tête de l'os offrait à la partie externe de sa circonférence une teinte rosée qu'elle n'a pas dans l'état sain. Celle de la cavité cotyloïde avait sa couleur naturelle, seulement elle offrait plus d'épaisseur près l'attache du ligament rond.

De cet exposé, très-détaillé à dessein, on doit conclure que l'abcès volumineux, qui a mis deux mois et demi à acquérir le développement que j'ai indiqué, n'avait aucune communication avec l'articulation. Je crois qu'on peut conclure aussi, malgré le temps qui s'est écoulé entre l'application de la cause et l'effet apparent, que la chute sur la hanche, qui a eu lieu au mois de juin, a occasionné une contusion du périoste du grand trochanter avec épanchement sanguin et que la collection purulente n'a été que consécutive à ce dépôt sanguin, et que la mort a été le résultat de l'érysipèle et sans doute aussi d'une infection putride qui a porté principalement sur le cerveau.

La rougeur légère de la membrane synoviale et son augmentation d'épaisseur dans un point limité, sans altération de sa transparence, était-elle l'indice de désordres ultérieurs plus graves qui auraient constitué plus tard une coxalgie non équivoque? Je crois devoir m'abstenir d'une opinion positive sur ce point; était-elle l'effet du travail en dehors de l'articulation? Je ne le pense pas, parce que la face interne des membranes séreuses, en général, participent peu au travail inflammatoire des parties qui les entourent? Avaient-elles leur cause dans la même contusion déterminée par la chute? L'absence de douleur pendant plusieurs mois me laisse un grand doute sur ce point.

Cette observation a surtout pour but de mettre en évidence les difficultés d'un diagnostic certain dans quelques cas de coxalgies.

Une circonstance commémorative, qui autorisait à admettre une véritable coxalgie, c'est que le père de cette jeune femme avait succombé à une arthrite suppurée de l'articulation du genou, pour laquelle on avait fait l'amputation de la cuisse. Cette arthrite avait succédé aussi à une chute sur cette région.

— Vu l'heure avancée, la discussion sur la coxalgie sera continuée dans la prochaine séance.

Sur la proposition de **M. VELPEAU**, et après quelques observations échangées entre plusieurs membres de la Société, il est décidé, à une grande majorité, qu'un exemplaire de la discussion sur l'hygiène hospitalière sera adressé à chacun des membres de la Commission de surveillance de l'Assistance publique, dans le but de les éclairer, autant qu'il est au pouvoir de la Société, sur les graves inconvénients du projet du futur Hôtel-Dieu.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. LEFORT présente un jeune homme qui a perdu le bras droit dans l'insurrection polonaise. Il fait constater dans la cicatrice, au niveau du point où doit répondre l'extrémité du nerf principal du membre, une tumeur dure et légèrement douloureuse, du volume d'une grosse olive, qui lui paraît être formée par un névrôme.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 8 MARS 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical.*

— La Commission pour le Congrès médical de Bordeaux invite la Société à se rendre à cette assemblée, qui aura lieu le 2 octobre prochain.

— La Commission pour l'érection à Quimper d'une statue à Laënnec invite la Société à prendre part à la souscription ouverte à cet effet.

RAPPORTS.

M. DOLBEAU fait un rapport verbal sur une observation de *calcul arrêté dans l'urèthre*, adressée à la Société.

Il termine en proposant :

1° D'adresser à l'auteur une lettre de remercîments;

2° De déposer l'observation dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— **M. DOLBEAU** fait également un rapport verbal sur une note de M. Leroy d'Étiolles intitulée : *Corps étrangers de la vessie.*

Comme ce travail a déjà été publié, le rapporteur propose simplement le dépôt aux archives.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

— **M. BLOT** lit un rapport sur une note de M. le docteur Boissaric, ancien interne des hôpitaux de Paris, relative à une *opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant.*

M. Blot termine en proposant les conclusions suivantes :

1° Adresser à M. Boissaric une lettre de remercîments pour sa très-intéressante communication;

2° Insérer l'observation complète dans le *Bulletin ;*

3° Inscrire honorablement le nom de M. Boissaric sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Ces conclusions sont adoptées.

Sur la proposition de M. le président, le rapport de M. Blot sera joint à l'observation.

ÉLECTION.

Il est procédé à un scrutin pour la nomination d'une commission chargée de l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire. Sont nommés MM. Guyon, Chassaignac, Danyau.

LECTURE.

M. PANAS, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, lit la note suivante :

L'observation que je vais avoir l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie est relative à une opération que j'ai pratiquée à l'hôpital du Midi, en vue de fermer un anus contre nature inguinal droit dans des circonstances assez difficiles.

J'avais affaire à un de ces cas d'anus contre nature, suite de hernie, où il n'y a pas lieu d'espérer l'occlusion spontanée, toutes les conditions fâcheuses d'incurabilité se trouvant en quelque sorte réunies.

Il y avait eu ici hernie étranglée, et le chirurgien d'Alexandrie (en Égypte), qui en fit l'opération, eut la malheureuse idée d'ouvrir l'intestin et de le réunir à la peau, le croyant probablement gangrené. Il en est résulté un véritable *anus artificiel* dont le trajet se trouvait être tapissé par la muqueuse intestinale elle-même.

Cette ouverture anormale se trouvait ainsi dans les conditions des orifices muqueux naturels, et n'avait aucune tendance à l'oblitération.

Une autre particularité propre à ce cas, c'est que l'anse intestinale herniée, au lieu de s'arrêter au milieu de l'orifice fistuleux, descendait jusqu'au fond des bourses. Les deux bouts, adossés à l'instar d'un double canon de fusil, étaient situés, l'un en avant et l'autre en arrière. Il en résultait un éperon vertical ayant une longueur de 8 centimètres environ, et qui, sous la forme de tablier ou de cloison verticale, interceptait toute communication entre les deux bouts de l'intestin : et cela d'autant plus complétement que les matières descendaient en plus grande quantité dans le bout supérieur.

L'ouverture anormale, qui était assez large pour permettre l'introduction de l'indicateur tout entier, aurait laissé passer les matières en totalité, si quelques mois auparavant on n'y avait obvié par l'emploi d'une canule d'argent longue de 5 centimètres sur 1 centimètre de diamètre. Un bouton métallique la tenait en place et la fixait au bassin à l'aide d'un cordon.

L'emploi de cette canule, en permettant le passage partiel, il est vrai, des matières, du bout supérieur dans le bout inférieur, préserva le malade du rétrécissement consécutif que présente le bout inférieur lorsque depuis quelque temps il cesse de donner passage aux matières intestinales.

Les indications opératoires à remplir étaient donc ici bien claires :

1° Détruire l'éperon de façon à établir une communication directe entre les deux bouts;

2° Tenter l'occlusion de l'orifice fistuleux, qui, vu sa constitution muqueuse, ne pouvait se fermer même après le rétablissement du cours régulier des matières.

Pour remplir la première indication, j'ai pensé qu'ayant affaire à un éperon très-étendu, l'entérotome à mors étroits de Dupuytren ne pouvait suffire. Je craignais aussi qu'après l'occlusion de l'anus anormal il ne survînt des accidents dus au rétablissement cicatriciel de l'éperon, comme cela est arrivé dans le fait bien connu de Lesauvage.

Je pensais dès lors qu'une destruction large du repli intestinal devenait nécessaire, et pour y parvenir j'ai fait usage d'un en-

térotome porte-caustique imaginé par M. le professeur Laugier, et déjà mis en usage avec succès par Robert, Langenbeck et M. Ansieux (de Liége). Je comptais obtenir de la sorte une perte de substance large, et des adhérences promptes et solides entre les deux bouts de l'intestin pincé.

Je donnais pour cela la préférence au chlorure de zinc, qui a l'avantage de produire une eschare dure et de ne pas fuser au loin. Pour plus de précaution, je ne laissai le caustique en place que trois heures seulement, temps qui me paraissait suffisant pour déterminer la mortification de l'intestin. Je retirai alors l'instrument, que je débarrassai du caustique, et je le réappliquai en vue cette fois de maintenir les deux bouts d'intestin en contact pendant tout le temps nécessaire à la production d'adhérences solides.

Les choses se sont passées exactement comme je l'avais prévu, c'est-à-dire qu'après trois heures d'application je trouvai l'éperon, ou la portion d'intestin percée par l'instrument, blanchâtre, ratatinée et escharifiée. Comme l'instrument ne déterminait pas d'accidents, que le ventre restait indolore et souple à la pression, je laissai l'instrument cinq jours en place.

Deux jours plus tard, c'est-à-dire vers le septième jour après l'opération, les deux bouts de l'intestin communiquaient librement. Il n'y avait plus d'éperon; on sentait à sa place une cicatrice solide, en croissant, à concavité antérieure, et qui occupait la demi-circonférence postérieure de l'intestin.

A partir de ce moment, les matières ont repris leur cours naturel. L'individu avait une ou deux selles régulières par jour; malgré cela, et ainsi que je l'avais prévu, l'orifice cutané ne montrait aucune

tendance à se rétrécir. Je procédai alors au second temps de l'opération.

L'obstacle à l'occlusion spontanée de l'orifice fistuleux provenant de la présence de la muqueuse intestinale dans le trajet, il fallait s'en débarrasser. L'excision pure et simple de cette muqueuse pouvait suffire à la rigueur; mais comme on s'expose, en faisant ainsi, à rétrécir la paroi antérieure de l'intestin dont la paroi postérieure se trouve déjà rétrécie par le fait de l'entérotomie, je pensai que l'autoplastie intestinale résoudrait la difficulté, en même temps qu'elle assurerait mieux la réunion par suture des lèvres de la perte intestinale.

Après avoir donc cerné l'orifice cutané de la fistule à l'aide d'une incision circulaire pratiquée à cinq ou six millimètres en dehors du point où la muqueuse se réunissait à la peau et introduit le doigt dans l'intestin, je disséquai doucement tout autour les parties molles jusqu'à la couche musculaire de celui-ci qui était accolé à la paroi abdominale par des adhérences cicatricielles solides. Une légère traction permit alors de faire glisser la tunique musculaire de l'intestin sur la tunique séreuse, ou plutôt sur les adhérences péritonéales, et permit à l'intestin d'être attiré au dehors de deux à trois centimètres. Il a été alors facile de le renverser sur lui-même et d'affronter, non pas muqueuse contre muqueuse, mais les surfaces saignantes de l'intestin contre elles, à l'aide de quelques points de suture de Gély. En coupant le fil au ras du nœud, de façon à avoir une suture perdue qui, plus tard, devait tomber dans l'intestin, je terminai l'opération en excisant de nouveau les téguments, et cela obliquement, de façon à avoir une plaie sous forme de cupule évasée.

Pour faciliter le rapprochement des parties, je pratiquai deux incisions latérales dans le sens vertical. Je décollai suffisamment les lèvres de la plaie, après quoi j'ai réuni à l'aide de points de suture métallique embrassant la peau et toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'intestin exclusivement.

En somme, cette opération a consisté à pratiquer :

1° Une entérorrhaphie par renversement;

2° Une autoplastie par glissement des parties molles extérieures.

Les avantages que je trouvais à pratiquer l'opération de la sorte étaient :

1° De ne pas rétrécir l'intestin outre mesure;

2° D'assurer la réunion, grâce à la double suture intestinale et cutanée, et à l'affrontement de larges surfaces saignantes.

Cette réunion devait comprendre trois parties à la fois, ce qui en assurait encore le succès :

1° Les lèvres renversées de la solution de continuité intestinale entre elles;

2° Les lèvres de la plaie extérieure;

3° Enfin de la face profonde du derme avec la paroi intestinale.

La réunion s'obtint pourtant, sauf au niveau du point moyen qui, trop serré, avait coupé les tissus. Il en est résulté qu'une petite fistule admettant un stylet de trousse persista. Cette fistule me préoccupait beaucoup, sachant combien ces petites ouvertures, résultant des opérations que l'on fait pour l'anus contre nature, sont difficiles à guérir.

En examinant bien je m'aperçus, en effet, qu'en ce point la muqueuse intestinale avait une tendance au renversement en dehors et s'opposait de la sorte à l'occlusion définitive de la petite fistule.

Je résolus dès lors de détruire cette muqueuse, et pour cela je fis:

1° Une cautérisation électrique du trajet qui resta sans effet;

2° Une opération autoplastique comme la première fois, avec cette différence que je réunis la petite plaie intestinale par la suture de Dieffenbach, au lieu d'employer la suture de Gély. Avec cela, nouvelle réunion de la peau, et en plus, des points de suture enchevillés placés à distance.

D'abord, insuccès par la chute de toutes ces sutures qui n'ont fait qu'agrandir l'ouverture; mais, au bout de quelques jours, retrait des lèvres de la solution de continuité qui, n'étant plus tapissée par la muqueuse intestinale, se cicatrise définitivement.

Ainsi cet homme s'est trouvé débarrassé d'une difformité dégoûtante qui lui rendait la vie insupportable et pour laquelle, comme on le lira dans l'observation, il avait déjà subi des opérations infructueuses en grand nombre.

L'histoire de ce malade prouve une fois de plus qu'en chirurgie il ne faut pas désespérer de la cure, du moment où l'on peut saisir les véritables indications opératoires qu'il nous est donné de remplir. Si j'ai été assez heureux pour obtenir la guérison là où d'autres avaient échoué; c'est à cela que je le dois, et aux perfectionnements qui, depuis Dupuytren jusqu'à nos jours, ont porté si haut cette partie de notre art.

Ce travail est renvoyé à la Commission déjà nommée (MM. Dolbeau, Trélat, Lefort).

DISCUSSION.

Traitement de la coxalgie.

M. LEFORT. C'est du traitement de la coxalgie que nous devons surtout nous occuper, c'est du traitement que je vous demande la permission de dire quelques mots.

En appelant l'attention sur l'heureuse influence de l'immobilité

dans le traitement des affections de la hanche, en imaginant l'appareil qui porte son nom, Bonnet a réalisé un grand progrès dans cette partie de la thérapeutique. Mais le progrès est relatif, et la gouttière de Bonnet, de Lyon, précieuse dans quelques cas exceptionnels, est dans beaucoup de cas plus nuisible qu'utile. Si l'on retrouve un traumatisme dans les commémoratifs de la plupart des cas de coxalgie, on peut affirmer que la maladie est sous la dépendance d'une altération de la constitution, qu'elle se montre surtout chez les enfants ou les adolescents plus ou moins lymphatiques. L'application de la gouttière de Bonnet immobilise le membre affecté, mais elle immobilise aussi le malade, et le décubitus, prolongé pendant plusieurs mois, a souvent sur la santé générale une influence désastreuse.

On se trouve donc en présence de deux indications très-différentes, immobiliser l'articulation malade, permettre au malade de prendre de l'exercice en plein air. Ces deux indications contradictoires ont été résolues par l'application des appareils inamovibles, quelle que soit la matière dont ils sont fabriqués, en bandes imbihées de dextrine, d'amidon, de plâtre, comme nous les construisons; en cuir épais, comme les applique M. Hilton et plusieurs de ses collègues d'Angleterre.

Qu'il me soit permis de signaler en passant une modification aux appareils plâtrés, due à M. Langenbeck, de Berlin, et dont j'ai observé les bons effets dans la guerre du Schleswig et dans les hôpitaux allemands. Elle consiste à imbiber d'une solution de gomme laque dans l'éther les appareils plâtrés; cette solution a pour résultat de rendre le plâtre imperméable, inaltérable à l'eau, et permet de donner des bains au malade sans que l'appareil se détruise.

Mais il est une troisième indication dont il n'a pas encore été question parmi nous, indication posée surtout par la chirurgie américaine, c'est l'application de l'extension permanente au traitement de la coxalgie commençante, non dans le but de prévenir la luxation spontanée, mais dans l'intention de faciliter la guérison, et avant tout de diminuer ou supprimer les douleurs souvent si vives dans les deux premières périodes de cette affection. En France, jusqu'à présent, et en Angleterre, jusque dans ces dernières années, l'extension permanente a été employée dans la coxalgie pour prévenir la luxation spontanée ou pour obtenir graduellement le redressement du membre fixé dans la flexion par la contracture musculaire ou par des adhérences intra-articulaires.

M. Ferdinand Martin, en employant dans la coxalgie l'appareil dont il se servait d'abord pour le traitement des fractures du col du fémur, n'avait pas d'autre but.

En 1839, le docteur William Harris, de Philadelphie, employa l'extension permanente comme moyen d'arrêter la marche des lésions intra-articulaires et de diminuer ou faire même disparaître la douleur si ordinaire et si vive dans les deux premières périodes de la maladie. Il publia quatre cas de guérison par cette méthode; mais ces faits passèrent inaperçus ou du moins furent bientôt oubliés.

En 1860, plusieurs chirurgiens appelèrent à peu près simultanément l'attention sur cette méthode thérapeutique; ce furent surtout les docteurs Davis (*American monthly Journal*); Sayre, chirurgien de l'hôpital Bellevue, à New-York (*American medical times*); Bauer de Brooklyn (*New-York Journal of medicine*); Olcott de Williamsbury (*American med. times*); Post (*San Francisco medical Press,* 1861).

M. Edwards, d'Édinburgh, la fit connaître en Angleterre dès 1860 (*Edinburgh med. Journal*) et donna en même temps un dessin de l'attelle spéciale employée par M. Sayre, de New-York.

Une connaissance plus parfaite des lésions anatomiques qui caractérisent la coxalgie avait donné naissance à cette méthode thérapeutique.

La luxation spontanée est considérée encore aujourd'hui par la plupart des chirurgiens français comme la conséquence de la marche naturelle de la coxalge abandonnée à elle-même, ou imparfaitement traitée. La pratique des résections articulaires, une étude plus attentive des lésions pathologiques a montré au contraire que la luxation spontanée est rare, très-rare même relativement, et que les déformations extérieures attribuées à la luxation étaient dues le plus souvent à toute autre cause.

Dans la troisième période de la coxalgie, lorsque la maladie atteint les os qui entrent dans la constitution de l'articulation de la hanche, les cartilages articulaires s'ulcèrent et disparaissent, la cavité cotyloïde s'agrandit, se creuse, tantôt sur ses bords, surtout vers le supérieur, tantôt du côté de son arrière-cavité. Il en résulte alors un raccourcissement plus ou moins considérable, soit que la tête s'enfonce davantage vers le bassin, soit qu'elle remonte sous l'influence de la contracture musculaire vers le haut de la dépression cotyloïdienne notablement agrandie, et très-fréquemment cet effet se produit sans que la capsule articulaire présente de déchirure, sans qu'il y ait encore d'abcès extra-articulaire, communiquant avec une collection purulente ou séro-purulente intra-articulaire.

Du côté du fémur, des lésions analogues se produisent plus souvent encore que du côté du bassin. La tête du fémur, frappée d'ostéite, cariée ou nécrosée, privée de son cartilage, s'absorbe peu à peu et

quelquefois disparaît en totalité. Les exemples de cette lésion, bien autrement fréquente que la luxation spontanée, sont communs; nos musées en renferment tous, j'en ai rapporté un grand nombre de cas dans mon mémoire sur la résection de la hanche. Une pièce pathologique, présentée par M. Wannebroucq à la Société de médecine du département du Nord (*Bulletin de la Soc. de méd. du Nord*, août 1861), montre que la guérison avait pu s'effectuer malgré une destruction complète de la tête et du col, avec disparition de ces parties dont on ne retrouvait pas la moindre trace dans l'articulation, même sous forme de séquestre.

On conçoit facilement que de pareilles lésions, permettant l'ascension du fémur, un raccourcissement quelquefois considérable, aient pu être prises souvent pour des luxations spontanées. Ces altérations ont semblé à beaucoup de chirurgiens, et surtout à ceux que j'ai cités tout à l'heure, pouvoir être sous la dépendance des pressions et des frottements qui s'exercent entre les surfaces articulaires. Il paraît assez légitime de croire que la maladie développée d'abord sur un seul os, le fémur par exemple, s'étendra d'autant plus facilement à la cavité cotyloïde que celle-ci sera en contact plus immédiat avec l'os malade.

Mais à une période moins avancée de la maladie, la douleur, qui est à peu près le seul phénomène prédominant, paraît encore être sous la dépendance de la pression des surfaces articulaires. Que faisons-nous, en effet, quand nous voulons nous assurer de l'existence d'une coxalgie commençante? Nous exerçons des pressions brusques, ou la percussion avec toute la main sur le grand trochanter, sur le genou fléchi, nous repoussons de bas en haut le membre étendu, et si ces explorations réveillent des douleurs dans la hanche, nous nous tenons en garde contre l'existence d'une coxalgie au début. L'extension permanente fait cesser ces douleurs lorsqu'elles existent.

Mais, dira-t-on, l'appareil de Bonnet arrive au même résultat par l'immobilité seule, et les appareils à extension agissent, non en empêchant la pression, mais en assurant l'immobilité. Loin de moi la pensée de nier les bons effets de la gouttière de Bonnet et de l'immobilité qu'elle assure si bien; j'y ai quelquefois recours, et l'immobilité est le meilleur, sinon le seul moyen d'arrêter les poussées inflammatoires qui se montrent parfois quand des mouvemonts ont été permis trop tôt dans une articulation coxo-fémorale qu'on avait tenue longtemps dans l'immobilité; l'extension ne suffit pas alors pour supprimer la douleur, et quelques jours d'immobilité absolue sont nécessaires.

Ne pourrait-on pas dire aussi qu'en dehors de ces recrudescences d'inflammation tout à fait accidentelles, l'appareil de Bonnet ne sup-

prime la douleur que parce qu'il supprime ou diminue notablement la pression, quoiqu'on ne cherche par ce moyen que l'immobilité.

Nous le croyons pour notre part et nous en trouverons la preuve dans les bons effets obtenus avec des appareils à extension, laissant subsister dans l'articulation un degré notable de mobilité.

Quelques chirurgiens ont employé des appareils à extension permanente analogues, assurant, dans une certaine mesure, l'immobilité de l'articulation, mais permettant au malade de se lever et de marcher avec des béquilles, comme nous avons l'habitude de le faire avec nos appareils inamovibles.

« Je suis convaincu, disait M. Cooper (de San-Francisco), enlevé il y a deux ans à la science qu'il représentait dignement en Amérique, que l'ancienne méthode de tenir les malades au lit, pendant les premières périodes de la coxalgie, est la pratique la plus détestable possible. Les forces physiques et morales s'affaiblissent sous l'influence du séjour prolongé au lit, surtout chez les jeunes enfants. A aucune période de la maladie je ne condamne le malade au lit, à moins que je ne pratique la résection de l'articulation malade. » M. Cooper décrivait ainsi son appareil (*San Francisco medical Press*, 1861, p. 143) : « On prend en plâtre le moulage de la hanche, depuis un à deux pouces au-dessus du grand trochanter, jusqu'à deux pouces et demi au-dessus de la crête iliaque, et sur la plus grande étendue possible latéralement. On modèle alors sur l'empreinte une lame épaisse de fer-blanc qui s'applique ainsi exactement sur la hanche. Une lame épaisse de fer-blanc, large d'un pouce et haute de deux pouces, y est soudée dans la direction de l'axe de la cuisse. Une tige de même métal, assez longue pour dépasser en bas de trois à quatre pouces le niveau du genou, est attachée à cette lame ; elle porte à son extrémité inférieure une ouverture qui sert à passer les liens extenseurs fixés au-dessus du genou. La contre-extension est faite par une bande convenablement rembourrée, prenant son point d'appui sur l'ischion et sur le haut de l'appareil. »

L'extension permanente est à peu près la seule indication posée par MM. Sayre, Davis, Andrews, et ils ne se préoccupent que secondairement de la mobilité.

« L'immobilité complète du membre, dit M. Andrews (*Chicago medical examiner*, août 1861), ne peut guère être obtenue sans tenir le malade au lit. Ni l'attelle de Davis, de Sayre, ou la mienne, ni les appareils qui permettent la marche ne peuvent assurer cette immobilité ; mais de légers mouvements dans la jointure sont do peu d'importance quand l'extension est fortement faite. Le grand mérite des attelles de Davis et de Sayre n'est pas d'assurer l'immobilité, mais

de supprimer toute pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre. Quand on ne se sert pas d'attelles à extension, le malade, à chaque pas, fait porter tout le poids du corps sur les surfaces osseuses enflammées, de là des douleurs qui disparaissent lorsque ces pressions sont supprimées. »

Dans le premier appareil imaginé par M. Sayre, aucune précaution, on peut le dire, n'était prise pour assurer une immobilité plus ou moins complète de la hanche. Il se composait de deux lames d'acier légèrement courbées et concaves du côté de la cuisse. Les deux lames pouvaient glisser l'une sur l'autre, allongeant ou raccourcissant ainsi l'attelle qu'elles forment par leur juxtaposition. Le mouvement est communiqué et en même temps limité par une roue dentée que meut un pignon, comme on le trouve disposé dans les brise-pierres. La lame inférieure mesurait toute la longueur de la jambe, et portait à sa partie inférieure un trou au travers duquel passaient les liens extenseurs retenus par une boucle. La lame supérieure, arrivant jusqu'à la crête iliaque, se terminait par une extrémité renflée, percée également d'une ouverture par laquelle venait se fixer le lien contre-extenseur. Celui-ci se composait d'un tube de caoutchouc recouvert de peau, venant prendre son point d'appui sur l'ischion du côté malade.

Malgré l'existence de mouvements, assez limités toutefois, cet appareil produisait de bons effets ; aussi M. Sayre a-t-il été amené à tenter la guérison, en revenant à l'extension seule et sans employer l'immobilité.

Un des graves inconvénients du traitement de Bonnet et de tous ceux où l'immobilité de l'articulation est conservée pendant longtemps, c'est de n'amener que des guérisons fort imparfaites, puisque l'ankylose plus ou moins complète de la hanche est la conséquence à peu près forcée du traitement ; en permettant au contraire des mouvements, la guérison, si elle est obtenue, est du moins complète.

Par son dernier appareil, M. Sayre a résolu le problème de maintenir l'extension permanente, tout en laissant agir l'articulation. Voici comment il est disposé :

Une plaque métallique, rembourrée sur sa face interne, est appliquée sur le bassin du côté malade, et se trouve fixée par la ceinture de cuir qui la termine. A sa partie moyenne, cette plaque porte une cavité dans laquelle est reçue l'extrémité de l'attelle. Attelle et plaque d'acier sont mobiles l'une sur l'autre, par une articulation à noix, mode d'articulation absolument analogue à celle du fémur et de l'os iliaque. L'attelle se compose de deux parties placées bout à bout ou plutôt entrant l'une dans l'autre. La moitié supérieure est tibulée, la partie inférieure est une tige pleine, dentée sur une de ses faces. Cette

dernière, mue par un pignon, glisse dans la première, de manière à donner à cette attelle externe plus ou moins de longueur.

La tige inférieure dépasse en bas le niveau du genou et présente à cette extrémité une boucle sur laquelle se fixent les liens extenseurs. Plus haut, un demi-cerceau métallique, auquel s'attache une boucle attelle interne, permet d'exercer l'extension en dedans et en dehors, simultanément. Les liens extenseurs se composent de bandes emplastiques, placées circulairement au-dessus du genou et se terminant par deux chefs libres. Ces derniers, attachés à la partie inférieure de l'attelle, tirent le genou en bas, mais tendent à faire remonter l'appareil tout entier. Ce lien contre-extenseur empêche cet effet de se produire. Ce lien contre-extenseur est, comme précédemment, une bande élastique recouverte de peau, rembourrée et passant dans le pli génito-crural et sous l'ischion. Si l'on suppose l'appareil en place, on voit qu'il est facile avec l'engrenage de donner à l'attelle plus ou moins de longueur, et de déterminer une extension plus ou moins considérable. La nuit, l'appareil est enlevé et les bandes extensives servent à attacher une corde qui se rend au bout du lit, glisse sur une poulie et supporte un poids plus ou moins lourd, suivant le cas. Dans le jour, rien n'empêche le malade de se promener, puisque ni le genou ni la hanche ne sont immobilisés.

L'extension permanente semble avoir rendu à nos voisins d'éminents services dans le traitement de la coxalgie; le moyen appliqué dans le but de guérir la maladie et d'empêcher les douleurs nous est à peu près inconnu en France; personne, que je sache, ne l'a jusqu'à présent signalé à l'attention des chirurgiens, et j'ai cru utile de le faire, car il me paraît y avoir là un progrès réel dans la thérapeutique d'une maladie si difficile et si longue à guérir.

M. MARJOLIN. Comme tout le monde, j'attache une grande importance aux signes résultant du plus ou moins de liberté ou d'indépendance des mouvements de la cuisse par rapport au bassin; mais comme ces signes peuvent manquer complétement au début ou au déclin de la coxalgie, il est bon de rechercher s'il n'existe pas d'autre moyen de reconnaître cette affection, surtout lorsqu'on ne peut pas constater si les plis de l'aine ou de la fesse ne sont pas symétriques. Il est un signe qui, je crois, ne fait jamais défaut, pour peu qu'il y ait la moindre différence de longueur entre les deux membres, ou que le bassin ait éprouvé la moindre rotation sur la colonne; c'est l'inégalité de niveau des deux genoux, lorsque, le malade étant couché sur un plan horizontale et résistant, on fait fléchir les deux cuisses sur le bassin, en ayant soin de mettre les deux pieds exactement sur la même ligne.

On voit alors que la jambe correspondant au côté de l'inclinaison du bassin fait saillie en avant, tandis que le genou qui répond au côté où l'épine iliaque est portée en avant est sur un plan plus élevé que l'autre. Cette règle m'a paru tellement constante que je crois qu'il faut en tenir grand compte dans les cas douteux dans lesquels le membre malade a conservé sa pleine et entière liberté de mouvements.

Quand la coxalgie est franchement inflammatoire, il faut, outre l'appareil de Bonnet, ne pas hésiter à employer les antiphlogistiques, pourvu d'ailleurs que l'état général ne présente aucune contre-indication.

Pour ce qui a trait à la fréquence de la luxation, je dois dire qu'elle est moins grande qu'on ne le dit généralement. Il n'est pas rare de trouver des altérations très-profondes sans qu'il y ait la moindre tendance à la luxation.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

M. MARJOLIN présente, à l'appui de sa communication, une pièce anatomique consistant en une *perforation de la cavité cotyloïde* survenue dans le cours d'une coxalgie chez un enfant de treize à quatorze ans.

Il reviendra sur cette observation à l'occasion d'un travail qu'il prépare sur la résection *coxo-fémorale*.

M. GUERSANT fait remarquer qu'il a observé trois fois des altérations du même genre.

M. BROCA se demande si le séquestre mobile qu'on voit au fond de l'article ne serait pas l'os en Y.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. le docteur **DUBOIS** présente, sous le nom de strabotôme, un instrument destiné à pratiquer la section des muscles de l'œil. C'est un crochet mousse ordinaire, monté sur un manche, additionné sur sa concavité d'un tranchant qui se prolonge un peu vers le manche. La partie mousse est assez longue pour permettre à l'opérateur de bien saisir le muscle et de ne le couper que quand il est certain de l'avoir bien saisi.

M. Dubois résume ainsi les avantages qu'il attribue à son strabotôme :

1° Simplicité très-grande ;

2° Possibilité de saisir et couper, à l'aide d'un seul instrument, le muscle dont la section est jugée nécessaire ;

3° Suppression de tout mécanisme, ce qui permet à l'opérateur de ne pas perdre de vue le lieu de l'opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 15 MARS 1865.

Présidence de M. BROCA.

CORRESPONDANCE.

Les journaux de la semaine.

— M. LARREY, à l'occasion de la correspondance, présente, de la part de M. Paul Dauvé, médecin-major de l'hôpital militaire de Boghar, en Algérie, une observation d'amputation sous-astragalienne sur un Arabe atteint de congélation du pied gauche.

Cette observation, accompagnée de dessins et du moule en plâtre de la cicatrice, est comparable à celle d'un militaire présenté par M. Larrey à la Société de chirurgie, et qui avait été amputé par M. Leroy, pour une blessure d'arme à feu, au siége de Sébastopol.

M. Verneuil est chargé de faire un rapport sur cette observation.

Suite de la discussion sur la coxalgie.

M. GIRALDÈS. On est revenu sur le diagnostic pour en signaler de nouveau les difficultés. Je répéterai que ces difficultés ne peuvent exister que pour un examen à première vue, mais elles disparaissent bientôt dès qu'on a chloroformé le malade. En effet, en cas de coxalgie, la raideur articulaire persiste; si elle disparaît, c'est qu'il n'y a pas de coxalgie ou qu'elle est elle-même en voie de disparition.

J'arrive au traitement.

M. Verneuil a conservé, en faisant l'histoire du traitement, sa division de la coxalgie en *rhumatismale*, *scrofuleuse* et *spasmodique*, et il m'a blâmé d'avoir adopté l'ancienne classification. Si j'ai fait ainsi, ce n'est pas, comme le disait Rabelais, par respect pour les antiquailles, mais parce qu'en partant de cette classification on arrive à instituer un traitement plus rationnel. En effet, dans les *coxalgies synoviales*, le ligament rond s'altère et se déchire promptement, en sorte que la luxation tend à se produire facilement. Il n'y a rien de semblable, au contraire, dans la *coxalgie osseuse*.

M. Verneuil a signalé avec raison deux grandes catégories de moyens dans le traitement : les moyens généraux ou internes, les moyens locaux ou externes. Mais il n'a peut-être pas suffisamment insisté sur l'utilité plus grande de certaines préparations. Il a un peu trop légèrement énuméré les moyens de la médication générale ou interne pour s'occuper du traitement local. Ce dernier doit surtout consister dans l'*immobilisation absolue* de la jointure malade et aussi l'*immobilité* de tout l'individu. Que l'appareil vienne du Nord ou du Sud, de l'Amérique ou de l'Allemagne, peu importe, pourvu qu'il remplisse l'indication.

De tous les moyens proposés, l'appareil de Bonnet et la grande attelle latérale sont les meilleurs. L'appareil de Bonnet immobilise complétement et laisse la possibilité de porter le malade au bain et à l'air. Son seul inconvénient est de ne pouvoir le trouver partout; mais, quand on peut se le procurer, il faut le préférer à tous les autres, surtout dans les trois premiers mois de la coxalgie. A cette époque, en effet, il ne faut pas faire marcher les malades.

L'attelle latérale de Desault, modifiée par beaucoup de chirurgiens, est, après l'appareil de Bonnet, celui qui est préférable. Mais, dira-t-on, pourquoi rejeter l'appareil dextriné ou plâtré ? Parce que dans ces appareils, dont l'application est assez difficile, la moindre inégalité peut blesser le malade et nécessiter qu'on défasse le bandage pour le réappliquer à nouveau, ce qui suspend momentanément l'immobilité obtenue.

Quant à la modification proposée par M. Verneuil, et qui consiste à ne faire descendre l'appareil que jusque sur la jambe, afin de permettre au malade de marcher, je la regarde comme pouvant être utile après le troisième mois de la maladie, mais auparavant cela me paraît complétement inutile et même nuisible. J'adresse à l'appareil de Langenbeck les mêmes reproches qu'à l'appareil dextriné ou plâtré.

Pour l'appareil plâtré avec toile métallique destinée à le rendre plus solide, il a l'inconvénient de ne pas immobiliser le membre aussi complétement que l'appareil de Bonnet.

Quand la coxalgie arrive à suppuration, M. Sayre abandonne son attelle, et il place le membre dans l'appareil de Bonnet.

De ce que je viens de dire, il résulte donc que les attelles de M. Sayre et de quelques autres confrères ne sont pas préférables à l'appareil de Bonnet, qui obtient bien mieux l'immobilité.

Il y aurait à savoir maintenant les avantages et les inconvénients de la résection coxo-fémorale. Je dirai seulement que quand on a affaire à une *coxalgie synoviale*, on ne réussit presque jamais. Au contraire,

quand il s'agit de la *coxalgie osseuse*, la résection peut donner de bons résultats.

M. Marjolin a parlé de l'emploi des antiphlogistiques dans ce qu'il a appelé la forme aiguë. Mais je dirai qu'il n'y a pas de *coxalgie aiguë ;* c'est alors de l'*arthrite*. Or, dans la coxalgie véritable, c'est-à-dire subaiguë et chronique, les antiphlogistiques sont nuisibles. Ils n'ont d'autres résultats que d'enlever aux malades une partie des forces dont ils ont besoin pour résister suffisamment à la longue durée de la maladie.

M. LEFORT. M. Giraldès me permettra de rectifier sa rectification. Suivant lui, et contrairement à ce que j'ai dit dans la dernière séance, M. Sayre, de New-York, se sert surtout de la gouttière de Bonnet. J'ai précisément avec moi la brochure de notre collègue d'Amérique, et je traduis textuellement : « *Anciennement* je divisais les muscles contracturés pour empêcher la tête du fémur d'être pressée contre l'acétabulum, et je gardais le malade dans l'immobilité et dans le décubitus horizontal au moyen des *caleçons de fer* (*wire brecches*) du docteur Bonnet; *maintenant* j'arrive au même résultat par l'extension graduelle, mais permanente, au moyen de l'appareil que j'ai imaginé, avec des résultats beaucoup plus satisfaisants et sans aucun danger d'ankylose, ou encore au moyen d'un poids et d'une poulie comme le conseilla sir Benjamin Brodie. »

M. MARJOLIN. Comme M. Giraldès, j'attache une grande importance au traitement général ou interne, mais je pense également que le traitement local joue un très-grand rôle dans la guérison. Or, comme on n'a pas toujours à sa disposition un ou plusieurs appareils de Bonnet, il s'agissait de trouver un moyen facile de le remplacer. Je crois y être parvenu de la façon suivante : Chacun connaît la petite planchette dont se servent les militaires pour nettoyer les boutons de leurs habits. Je fais faire par le premier menuisier venu une planche semblable de la longueur du membre malade. J'y ajoute en haut une portion sur laquelle repose le tronc, en bas une autre percée de deux trous destinés à laisser passer des lacs. Cette dernière est articulée avec la planchette moyenne, de manière à pouvoir former avec elle un angle variable.

Le tout est recouvert de coussins capitonés.

La grande ouverture circulaire de l'appareil répond au siége du malade, la fente longitudinale au membre.

Cet appareil très-simple et très-bon marché, qu'on peut fabriquer partout, remplit toutes les indications de l'appareil Bonnet.

J'ai aussi employé l'attelle de Desault, mais avec cette précaution de rouler le coussin dans le fanon et de mettre l'attelle par-dessus.

M. Giraldès n'admet pas les coxalgies aiguës. Je reconnais qu'elles sont rares, mais elles n'en existent pas moins, surtout dans la classe pauvre qui, à cause des retards apportés à l'admission des malades dans les hôpitaux, est forcée de marcher et de travailler alors que l'affection exigerait un repos absolu.

M. VERNEUIL. J'ai moi-même adressé à l'appareil dextriné les objections faites par M. Giraldès ; il est donc bien admis que je ne les méconnais pas.

Quant à la marche, je la crois utile, même bien avant le troisième mois, pourvu qu'elle s'effectue avec des béquilles.

Il y aurait maintenant à s'occuper de la *ténotomie*, non plus pour combattre certaines complications, mais comme moyen de calmer les douleurs, ainsi que proposent de le faire les chirurgiens américains. Quant à l'existence de certaines bouffées aiguës dans le cours de la coxalgie, personne ne saurait la mettre en doute. Mais je ne pense pas que les émissions sanguines doivent leur être opposées. L'immobilité, jointe à des applications émollientes, suffit ordinairement.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

M. DESORMEAUX met sous les yeux de la Société une tumeur utérine formée par des *corps fibreux multiples* enveloppés d'une coiffe de tissu utérin hypertrophié. Cette tumeur sortait par le col de l'utérus et faisait saillie dans le vagin sous forme d'une masse du volume des deux poings, au centre de laquelle se trouve les corps fibreux. Le diagnostic exact n'a pas pu être porté pendant la vie.

M. HUGUIER fait remarquer que par le cathétérisme utérin, combiné avec le palper abdominal et le toucher vaginal, on aurait probablement pu arriver au diagnostic.

Arthrite sèche. — Corps étrangers articulaires.

M. MOURLON, médecin de l'École militaire de Saint-Cyr, présente les deux coudes d'un malheureux militaire qui s'est suicidé dernièrement à Versailles. Ils offrent une réunion curieuse de corps étrangers de diverses natures, en voie de formation, pédiculés, ou tout à fait libres, et d'autres altérations appartenant à l'arthrite sèche.

1° *Coude droit.* — La poulie humérale est saine ; le condyle est le siége d'une érosion profonde qui s'étend à presque toute sa surface. La cavité coronoïdienne a perdu de ses dimensions ; son bord supérieur et sa paroi interne ont disparu sous une production pathologique, de nature osseuse, hérissée d'une crête saillante. A ce niveau, la synoviale nous offre deux petites masses frangées, vasculaires, rouges, s'avançant entre les surfaces articulaires. — La cavité olécrâ-

nienne est occupée par deux corps étrangers, enchatonnés dans la synoviale qui envoie dans les inégalités de leur surface des fongosités semblables à celles que nous venons de voir en avant. L'un présente un angle obtus reçu dans un angle rentrant de l'autre; des tractus filamenteux unissent les points contigus, indiquant qu'un corps, unique d'abord, s'est divisé sous l'influence des mouvements avant sa solidification complète. Leur face inférieure ou profonde plonge au fond de la cavité qu'elle remplit; elle est d'un rouge foncé, comme si elle était imprégnée de sang. Le volume et les rapports de ces deux corps entre eux rappellent la fève double de certaines amandes. Ils sont anguleux, inégaux dans certains points, lisses dans le reste de leur étendue; leur couleur est celle des cartilages; ils sont très-durs, nullement élastiques.

Le cartilage de la grande échancrure sigmoïde est légèrement usé à son milieu.

La cupule du radius est le siége d'une érosion profonde, limitée à la moitié interne de son bourrelet, concentrique aux mouvements de pronation et supination.

2° *Coude gauche.* — La surface de la trochlée présente des rainures profondes allant de la face antérieure à la face postérieure, dans le sens des mouvements. Le cartilage du condyle, une érosion centrale, oblongue, dirigée d'avant en arrière.

La cavité coronoïdienne est comblée par une végétation périostale, dure, mamelonnée, dépassant supérieurement de 3 millimètres la surface de l'humérus. Dans une dépression qu'on remarque à sa partie interne étaient appliqués deux corps étrangers, libres, un de la grosseur d'un haricot, l'autre beaucoup plus petit, indépendants l'un de l'autre, absolument semblables à ceux précédemment décrits. Exposés à l'air, ils se sont desséchés et sont devenus rugueux, hérissés sur toute la surface. Ils sont très-difficiles à scier, et le plan de section présente des couches concentriques, les unes blanches, les autres jaunes, et çà et là des excavations remplies de matière granuleuse d'apparence calcaire. On distingue très-bien une membrane qui les enveloppe complétement.

La fosse olécrânienne est presque remplie d'une production également périostale, rugueuse, très-adhérente à l'os; un petit fragment, comme une lentille, s'en détache et n'est plus retenu que par des brides légères.

Le cartilage de la tête du radius est presque détruit.

L'olécrâne est fracturé transversalement à sa base. A son sommet, on remarque un fragment de cartilage un peu plus gros qu'une lentille, reposant sur une dépression correspondante creusée aux dépens

de la couche cartilagineuse à laquelle il n'est plus attaché que par quelques brides légères. C'est un spécimen de ce que M. Broca a décrit sous le nom de nécrose des cartilages.

Un autre corps, de même nature, commence à s'ébranler au sommet de l'angle formé par la rencontre des grandes et petites échancrures sigmoïdes.

Le crochet de l'apophyse coronoïde est fracturé en travers, décollé du cartilage correspondant qui, incomplétement divisé au même niveau, adhère encore au reste de la surface articulaire.

Deux corps étrangers flottent dans l'intérieur de la cavité synoviale: l'un est comme un grain de chènevis; l'autre, un peu plus volumineux, a la forme d'une massue; tous deux sont fixés à la face interne de la séreuse, le premier par toute sa circonférence, l'autre par un pédicule très-délié, et sont situés dans l'angle rentrant qui existe au côté externe de l'olécrâne, au niveau de sa base.

En résumé, nous avons là réunis, outre une fracture de cartilage et deux fractures de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde, l'érosion des cartilages, les fongosités synoviales, la nécrose des cartilages, des corps étrangers d'origine osseuse, des corps étrangers d'origine synoviale.

L'origine synoviale des corps adhérents ne laisse aucun doute dans l'esprit. Ceux qui sont libres se sont-ils formés de la même manière? ou bien est-ce au périoste qu'il faut les attribuer? Le simple examen de ces pièces démontre qu'ils procèdent des fongosités, comme ceux qui sont encore attachés à la surface de la séreuse. Pour m'en assurer, j'ai fait une coupe dans l'épaisseur de la trochlée gauche, comprenant le produit accidentel qui remplit les fosses olécrânienne et coronoïdienne; à l'œil nu, on reconnaît que toutes ces parties se confondent; l'examen microscopique confirme cette appréciation. On aperçoit en effet dans la masse pathologique des corpuscules osseux parfaitement formés, disposés en lignes régulières et quelquefois concentriques, seulement moins abondants que dans le tissu osseux normal. — Une coupe d'un des corps flottants m'a permis de voir clairement qu'ils sont formés d'une enveloppe membraneuse, contenant une matière fibroïde au milieu de laquelle sont déposées des granulations calcaires, très-nombreuses dans les lignes opaques, plus rares dans les transparentes. Nulle part de corpuscules osseux, nulle part de cellules cartilagineuses. Les premiers sont donc bien produits par le périoste, les autres par la synoviale.

En ouvrant la tunique vaginale, j'ai trouvé libre dans sa cavité un corps étranger gros comme une graine de melon, blanchâtre, très-dur, poli dans toute son étendue.

Le sujet qui a fourni ces pièces était un jeune homme de trente-cinq à trente-six ans, de constitution athlétique, de haute taille et habituellement bien portant.

M. FOLLIN. Pour faire suite à la présentation de M. Mourlon, je mets sous les yeux de la Société un corps étranger extrait par moi de l'articulation du genou chez un homme qui avait une hydarthrose.

Un poinçon, qui m'avait servi à fixer ce corps, m'a permis de le faire parvenir facilement dans le tissu cellulaire, d'où je l'ai extrait huit jours plus tard. Le malade, opéré depuis deux jours, va bien.

M. VELPEAU fait remarquer qu'il semble exister une portion osseuse et une portion cartilagineuse dans le corps étranger présenté par M. Follin. Il lui semble résulter du détachement d'une portion de surface articulaire.

A quatre heures trois quarts la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la Commission chargée de présenter les candidats à la place de membre titulaire.

M. Foucher, rapporteur, termine en proposant la liste suivante:

En 1re ligne, M. Panas;

En 2e ligne, M. Tarnier;

En 3e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Després, Labbé, Tillaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 22 MARS 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale;*

Le *Montpellier médical;*

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

Le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris.*

— M. le docteur Bourdin adresse à la Société son mémoire intitulé : *Épidémie de rougeole observée dans la commune de Villeneuve-le-Roy* (Seine-et-Oise).

— M. Bidenkap, médecin de l'hôpital de Christiania, adresse un mémoire intitulé : *Aperçu des différentes méthodes de traitement contre la syphilis constitutionnelle.*

— M. le docteur Cœttin fait hommage à la Société de sa thèse pour le doctorat : *De la galvanocaustie.*

— M. le docteur Édouard Cruveilhier adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse : *Sur une forme spéciale d'abcès des os.*

— M. le docteur Félix Perret adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse : *Des tumeurs intra-pelviennes pendant la grossesse et l'accouchement.*

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg fait hommage à la Société de quatre-vingt-onze thèses soutenues pendant l'année 1864.

— M. le docteur Bourgogne, de Condé, adresse à la Société son mémoire intitulé : *Examen critique du mémoire de M. le docteur Libermann*, médecin aide-major de 1re classe, attaché au corps expéditionnaire de l'armée française en Cochinchine, touchant la non-identité du choléra asiatique avec les fièvres cholériformes qui règnent dans cette contrée de l'Inde, etc.

— M. Verneuil fait hommage à la Société, au nom de M. A. Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, d'un travail intitulé : *Recherches sur l'incubation de la syphilis.*

Il offre, en son nom, un exemplaire de l'article AINE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

— Le secrétaire général présente le 2e fascicule du t. VI des *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris.*

— **M. FOLLIN**, à propos du procès-verbal, complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance, en rendant compte de l'examen microscopique du corps étranger extrait par lui du genou d'un de ses malades. Cet examen, fait par M. Mourlon, confirme l'opinion émise par M. Velpeau sur l'origine de ce corps étranger; en effet, sur une coupe très-mince, on peut, au moyen du microscope, reconnaître qu'il est formé en partie de substance osseuse, en partie de cartilage.

M. RICHET. Je voudrais, à l'occasion de la communication de M. Follin, relater brièvement deux faits qui me paraissent intéressants : l'un, parce qu'il prouve qu'on peut voir disparaître spontanément ces corps étrangers articulaires une fois qu'ils ont été placés

dans le tissu cellulaire sous-cutané; l'autre, parce qu'il montre nettement l'origine de certains d'entre eux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un corps étranger de l'articulation du genou chez un homme très-pusillanime, qui, pour éviter toute opération, faisait momentanément disparaître son corps étranger. Un matin, l'ayant facilement retrouvé, je le saisis immédiatement entre deux doigts et le fixai, comme l'a fait M. Follin, avec un poinçon; puis, une incision étant pratiquée à la synoviale, à une certaine distance de l'incision cutanée, je pus très-facilement amener le corps étranger dans le tissu cellulaire sous-cutané, où je l'abandonnai pendant un mois. Je voulus alors en compléter l'extraction, mais le malade s'y refusa et sortit de l'hôpital. Cinq mois plus tard, j'eus l'occasion de revoir cet homme, et ce ne fut pas sans étonnement que je ne retrouvai plus aucune trace du corps étranger.

Dans le deuxième cas, c'était un malade que j'observais dans le service de M. Velpeau, alors que j'étais son interne. A la suite d'une chute, cet homme avait senti, et on avait pu constater dans l'articulation du genou, un corps mobile. Par suite d'imprudences, le malade succomba, et à l'autopsie on trouva sur l'un des condyles fémoraux une perte de substance du cartilage à laquelle s'adaptait parfaitement le corps étranger en question. Celui-là donc provenait bien d'une portion du cartilage articulaire.

M. VELPEAU. Je ne crois pas ces faits tout à fait aussi rares que semble le croire M. Richet. A celui qu'il vient de citer j'en ajouterai un autre que j'ai eu l'occasion d'observer avec M. le docteur Bourse, il y a déjà longtemps. Il s'agissait dans ce cas d'un coin du tibia qui s'était ainsi complétement détaché pour former un corps articulaire mobile.

M. CHASSAIGNAC. J'ai plusieurs fois extrait des corps étrangers articulaires sans les fixer préalablement avec autre chose que les doigts, et je suis toujours parvenu assez facilement à les faire passer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Je dirai, à l'appui de ce qu'a vu M. Richet, que dans un de ces cas le corps étranger, abandonné pendant plusieurs mois dans le tissu cellulaire sous-cutané, m'a paru avoir notablement diminué de volume spontanément. Les faits auxquels je viens de faire allusion sont du reste publiés dans les *Bulletins* de la Société.

ÉLECTION.

Il est procédé à l'élection d'un membre titulaire.

Au premier tour de scrutin, sur 24 votants,

M. Panas obtient 16 voix;

M. Tarnier, 3 voix;

M. Labbé, 3 voix;

M. Després, 1 voix.

En conséquence, M. Panas est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

RAPPORT.

M. DANYAU lit un rapport sur une observation d'*avortement provoqué dans un cas d'ostéomalacie* par M. Tarnier.

Il termine par les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Tarnier de son intéressante communication;

2° Insérer son travail dans les comptes rendus de la Société;

3° Maintenir son nom en haut rang sur la liste des candidats aux places de membres titulaires.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées, et, sur la proposition de M. le président, il est décidé que le rapport très-important de M. Danyau et l'observation de M. Tarnier seront insérés dans les mémoires de la Société.

M. LABORIE demande à M. Danyau si, dans les faits très-intéressants qu'il a signalés dans son rapport, le détroit supérieur avait, comme le reste du bassin, subi une notable déformation. Si le rétrécissement n'avait porté que sur le détroit inférieur, cela rendrait moins extraordinaire la possibilité de l'accouchement dans ces cas.

M. DANYAU. Dans aucun des cas que je viens de citer, la viciation n'a porté isolément sur le détroit inférieur. Nous en trouvons la preuve dans la saillie rostrale de la symphyse pubienne. Cette saillie, en effet, ne peut se produire sans amener un rétrécissement considérable du détroit supérieur.

M. DEPAUL. On voit quelquefois, dans des bassins considérablement rétrécis dont les os ont recouvré toute leur solidité, l'accouchement se faire spontanément contre toute attente; la spontanéité de l'accouchement, dans ces circonstances, ne suffira pas à prouver que le bassin se soit réellement élargi pendant le travail. Aussi, je serais heureux de savoir de M. Danyau, qui a pu lire les observations dans la langue où elles sont écrites, s'il y a trouvé tous les éléments de conviction sur ce point particulier, à savoir l'élargissement des parois osseuses sous l'influence des puissances qui produisent l'accouchement.

Quant à la question posée par M. Laborie, je dirai que, pour ma part, je n'ai jamais vu de bassins ostéomalaciques qui ne fussent déformés dans toutes leurs parties.

M. DANYAU rappelle que dans toutes les observations, dont il n'a pu donner que des extraits, il est dit très-positivement que

les os cédaient sous les doigts et sous la pression de la tête fœtale.

M. VERNEUIL. Je voudrais savoir de MM. Danyau et Depaul s'ils croient à la curabilité de l'ostéomalacie, car, dans les os atteints de cette affection, on ne retrouve plus de tissu osseux.

M. DANYAU. Par bassins ostéomalaciques guéris, on veut parler des bassins qui sont redevenus solides.

M. DEPAUL. Cela ne fait pas de doute, et je n'ai pas voulu dire autre chose. Or, comprise de cette façon, on ne peut douter de la guérison de l'ostéomalacie. Que se fait-il alors dans le bassin osseux? Je l'ignore; mais ce que je puis affirmer, c'est que des os primitivement ramollis peuvent recouvrer toute leur solidité, et c'est précisément ce qui fait la difficulté au moment de l'accouchement.

M. TRÉLAT. A l'appui de ce qui vient d'être dit par MM. Danyau et Depaul, je rappellerai une observation de Stanski, dans laquelle une des cuisses subit à deux époques différentes deux déformations successives et en sens inverse.

Quant à la saillie rostrale de la symphyse pubienne, je ne crois pas qu'on puisse la regarder comme caractéristique de l'ostéomalacie. Je l'ai vue, manifestement produite, sur des bassins rachitiques guéris.

M. CHASSAIGNAC. Je demande pardon d'intervenir dans une question où je commence par déclarer mon incompétence, mais je voudrais cependant faire observer que les faits rappelés par notre honorable collègue, M. Danyau, sont d'autant plus extraordinaires que dans ces cas l'élargissement des os du bassin a dû être effectué par un corps peu résistant, la tête fœtale.

M. DANYAU. Il n'est pas donné de détails sur le degré de résistance de la tête dans les cas que j'ai cités. Mais, d'une manière générale, on comprend très-bien qu'elle ait été suffisante.

J'ajouterai que je partage l'opinion de M. Trélat sur la valeur diagnostique de la saillie rostrale de la symphyse pubienne. Nægelé l'avait déjà dit et il l'a signalé dans les cas de rachitisme.

M. BLOT. Tout en acceptant comme vraie l'opinion émise par MM. Danyau et Trélat, il est cependant très-juste de dire que la saillie rostrale du pubis est beaucoup plus fréquente dans l'ostéomalacie que dans le rachitisme. Il en est de même de l'enroulement des ailes iliaques en *cornets d'oublies*. Je ne me rappelle pas l'avoir observé sur les bassins rachitiques, il est au contraire toujours plus ou moins prononcé sur les bassins frappés d'ostéomalacie. Il y a d'ailleurs bien d'autres caractères qui permettent de distinguer, presque à première vue, le bassin ostéomalacique du bassin rachitique, un morceau de ces bassins suffirait même pour faire la distinction. Dans l'ostéomalacie le tissu osseux, plus ou moins lourd, est jaunâtre, suintant incessam-

ment l'huile et la graisse; dans le rachitisme, ce même tissu, considérablement raréfié, est léger, noirâtre et cassant.

M. TRÉLAT fait observer que dans l'ostéomalacie et le rachitisme, le siége de la lésion osseuse n'est pas le même, d'où des différences nécessaires dans les déformations produites par ces deux affections. Dans le rachitisme, l'altération porte surtout sur l'extrémité des os longs et dans les os plats, comme l'os iliaque, au niveau des points de réunion des pièces qui le constituent. Dans l'ostéomalacie, la maladie porte sur tous les points de la substance osseuse, d'où, très-probablement, des différences dans le siége, la forme et les caractères des viciations du bassin.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 29 MARS 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

Le *Bulletin médical du nord de la France ;*

Le *Journal de médecine de Bordeaux.*

— MM. Broca et A. Forget demandent des congés pour cause de santé.

— M. le docteur Panas adresse à la Société des remercîments de l'avoir admis au nombre de ses membres et prend séance.

— M. Larrey offre à la Société, au nom de M. le docteur Armieux, médecin des hôpitaux militaires, une brochure intitulée : *De l'héméralopie épidémique.*

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Chenu, médecin principal du Val-de-Grâce, un volumineux livre de 700 pages in-4° intitulé : *Rapport au Conseil de santé des armées sur les résultats du service médico-chirurgical aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux militaires français en Turquie pendant la guerre d'Orient en 1854, 1855 et 1856.*

« Ce travail, dit l'auteur dans sa lettre au président du Conseil de santé, est une statistique aussi fidèle et aussi complète que possible des résultats du service médico-chirurgical de l'armée française pendant la campagne d'Orient..... Si jusqu'à ce jour, ajoute-t-il plus loin, aucun travail d'ensemble n'a pu être fait sur le service médico-chirurgical de nos armées en campagne, cela tient à la dissémination des troupes et des hôpitaux militaires sur des points nombreux et souvent fort éloignés, à la rapidité des mouvements et à la dispersion des blessés ou des malades après la guerre. L'armée d'Orient a présenté des conditions exceptionnelles plus favorables : elle a été stationnaire, et la centralisation des blessés et des malades aux environs de Sébastopol et ensuite à Constantinople, où tous devaient s'arrêter avant d'être évacués en France, m'a permis de réunir la presque totalité des renseignements individuels qui les concernent. »

M. Chenu, dans cet immense travail, bien appelé une œuvre de bénédictin, indique loyalement les sources diverses auxquelles il a puisé ses matériaux considérables, en les complétant, pour un certain nombre de blessés ou d'amputés admis au Val-de-Grâce, après la campagne, par les notes ou observations cliniques que j'avais mises à sa disposition.

Il n'a pas cherché d'ailleurs à commenter, au point de vue de la science et de la pratique de l'art, les documents statistiques amassés par lui avec la plus laborieuse patience; il en laisse modestement le soin à ceux qui voudront les consulter, depuis les blessures les plus variées de chaque région du corps jusqu'aux amputations multiples des membres, attestant, d'après les résultats, les avantages de la chirurgie conservatrice.

Quant aux maladies, ce n'est pas le lieu de citer les chiffres qui démontrent le désastre des épidémies pendant la guerre d'Orient et la prédominance proportionnelle des décès pour le corps des officiers de santé militaires.

Bornons là cette simple présentation de l'ouvrage de M. Chenu, qui se termine par de justes *observations sur l'insuffisance du service de santé en campagne.*

— MM. Robert et Collin soumettent à l'appréciation de la Société un lithotribe-injecteur qu'ils ont construit sur les indications de M. Maisonneuve.

La Société, consultée, décide qu'il n'y a pas lieu de faire apprécier par un de ses membres l'instrument de M. Maisonneuve, membre honoraire, donne acte à MM. Robert et Collin de la présentation du lithotribe-injecteur et passe à l'ordre du jour.

A propos du procès-verbal :

M. DEPAUL. Forcé de m'absenter avant la fin de la dernière séance, je n'ai pu répondre à ceux de mes collègues qui m'ont prêté l'opinion consistant à donner à la saillie rostrale du pubis la valeur d'un signe pathognomonique de l'ostéomalacie. Je désire faire remarquer aujourd'hui que telle n'a pas été ma pensée. J'ai seulement dit que c'était un signe constant dans l'ostéomalacie, tandis qu'il est très-rare dans les bassins rachitiques. Quant aux différences qui existent entre les bassins rachitiques et les bassins ostéomalaciques, la principale est certainement celle que signalait particulièrement M. P. Dubois quand il disait que si, par la pensée, on rendait au bassin ostéomalacique sa forme normale, il pourrait reconstituer un bassin régulier et suffisamment grand ; tandis qu'on ne pourrait faire la même chose avec le bassin rachitique, à cause de l'arrêt de développement dont il a été frappé par la maladie. Dans ces derniers, l'étoffe manquerait, tandis qu'elle serait suffisante dans les premiers.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ossifications sous-rétiniennes. — M. PERRIN. Les pièces quo j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société représentent les suites éloignées, très-éloignées même d'une ophthalmie purulente contractée pendant la campagne d'Égypte.

Cette affection, après quelques jours de durée, entraîna la perte absolue de la vision, et voici dans quel état j'ai trouvé les globes oculaires plus d'un demi-siècle après le début des accidents.

L'œil gauche, réduit à la moitié de son volume normal, est représenté par une petite masse solide, d'une résistance osseuse et aplatie d'avant en arrière, suivant la direction des muscles droits.

La cornée est opaque, épaissie; il en est de même de la sclérotique, l'iris est en état de synéchie antérieure complète.

Toute la cavité oculaire est remplie par une masse ostéo-fibreuse creusée, sur sa face antérieure, d'une fossette qui n'est autre chose que la fosse hyaloïdienne, et dans laquelle se trouve un cristallin crétacé parfaitement reconnaissable et maintenu en place par ses attaches ligamenteuses.

En arrière de cette masse, on voit la choroïde, libre d'adhérences de toutes parts, dépourvue de pigment, sillonnée de vasa vorticosa athéromateux, offrant en un mot tous les caractères de la choroïdite atrophique à la période la plus avancée.

Le nerf optique, considérablement diminué de volume, sert de trait d'union entre la sclérotique et la choroïde d'une part, et la masse ostéo-fibreuse de l'autre.

Au premier abord, je crus avoir affaire à une dégénérescence siégeant par exception dans la rétine, mais je ne tardai pas à reconnaître une fois de plus combien est fondée l'opinion de notre collègue, M. Follin, qui attribue à de fausses membranes produites à la surface de la choroïde et organisées, les prétendues ossifications de la rétine. En pratiquant une coupe médiane, je m'assurai que la tumeur intra-oculaire n'était point pleine, mais bien constituée par une véritable coque remplie par une masse pulpeuse manifestement adhérente au nerf optique. Cette coque occupe toute l'étendue de la choroïde avec laquelle elle n'adhère en aucun point. En avant, elle confine au cristallin; en arrière, elle est perforée d'un trou à travers lequel passe le nerf optique.

La substance, examinée au microscope, renferme des masses pigmentaires disséminées à la surface, et visibles d'ailleurs à l'œil nu, des corpuscules osseux bien déterminés et de nombreuses cellules plasmatiques.

L'œil droit, sauf l'opacité de la cornée, ne ressemble pas du tout à l'œil gauche, il a son volume normal, son appareil dioptrique intact; la choroïde est le siége d'une atrophie complète au niveau de la région de la tache jaune et de la papille optique. Vers l'équateur du globe, l'atrophie est moins avancée; les vasa vorticosa sont très-apparents et le pigment est disséminé en grosses masses irrégulières.

Enfin, et ceci est le plus important, il existe au pourtour de la papille une exsudation développée dans la rétine même. Le siége de cette production ne saurait être mis en doute, car les vaisseaux du plan rétinien sont couverts et masqués par elle dans toute son étendue. On voit ainsi, et c'est par cette remarque que je termine, que le même processus pathologique a donné naissance à des altérations de même nature, mais de siége différent; à gauche, la phlegmasie intra-oculaire paraît avoir été plus intense : il s'est produit à la surface de la choroïde d'abondantes exsudations dans lesquelles a pris naissance un tissu osseux véritable.

A droite, au contraire, la choroïde n'a pas fourni d'exsudations; c'est la rétine qui, primitivement ou consécutivement, s'est enflammée. Il en est résulté une exsudation rétinienne qui aurait pu être plus étendue, plus épaisse, qui aurait pu s'organiser et donner naissance cette fois à une ossification réelle de cette membrane. J'insiste sur cette différence de localisation, parce qu'elle me semble indiquer qu'il faudrait se garder d'être trop absolu quand il s'agit de fixer le siége des ossifications du globe oculaire.

M. FOLLIN. Quand j'étais chirurgien de la Salpêtrière, j'ai recueilli un grand nombre de pièces analogues à celles que vient de présenter

M. Perrin. Dans presque tous les cas, il y avait une véritable *ossification sous-rétinienne*.

La substance osseuse avait pour siége précis l'espace compris entre la choroïde et la rétine, et elle est le résultat de la transformation d'exsudats variés qui peuvent disparaître, sous l'influence d'un traitement mercuriel, quand ils sont de nature syphilitique, mais qui ne disparaissent pas du tout quand ils sont liés à la diathèse rhumatismale.

C'est bien une véritable ossification qui se fait là, comme le prouve l'examen microscopique qui permet de voir de nombreux *corpuscules osseux*. Il n'en est pas de même de l'ossification du cristallin qui n'est qu'apparente, et résulte simplement d'un dépôt de matière calcaire.

Dans les cas d'ossification sous-rétinienne on trouve généralement la rétine décollée, formant un cône flottant, séparé de la partie ossifiée par un liquide assez abondant.

M. VELPEAU. Dans ces productions morbides suivies d'ossification, que devient la membrane de Jacob ?

M. FOLLIN. Pour répondre à cette question il faudrait une dissection beaucoup plus fine que celle à laquelle on peut se livrer sur des yeux aussi altérés.

M BLOT. Je désirerais savoir de M. Perrin si les pièces qu'il met sous les yeux de la Société ont été l'objet d'examens microscopiques, je voudrais savoir, en particulier, si notre collègue a retrouvé dans les cristallins, qu'il a dit ossifiés, de véritables corpuscules osseux comme dans la membrane sous-rétinienne ?

M. PERRIN. J'ai, en effet, omis de dire qu'avec le microscope on retrouve des corpuscules osseux dans ces couches sous-rétiniennes d'apparence osseuse. Quant à la substance du cristallin, l'examen microscopique n'en a point été fait, mais c'est une lacune que je comblerai pour la prochaine séance.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour se livrer à l'étude de quelques modifications à apporter aux statuts

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Les *Archives générales de médecine.*

— M. Favre, fabricant d'instruments de chirurgie, présente une pince dilatatrice à trois branches pour l'opération de la trachéotomie, construite sur le modèle de la pince du docteur Laborde, et heureusement modifiée.

— M. Larrey fait hommage à la Société d'une brochure de M. de Græfe, de Berlin, intitulée : *Note sur la guérison du glaucome au moyen d'un procédé opératoire.* — 1857.

— M. Richet dépose sur le bureau, au nom de M. Sirus-Pirondi, deux brochures intitulées : l'une, *Quelques mots sur la vaccine et la vaccination;* l'autre, *Quelques observations de chirurgie usuelle.*

Il présente une observation de M. Duboué sur un cas d'*hématocèle utéro-ovarienne intra-péritonéale.*

Le 11 novembre dernier (1864), j'ai été appelé à Bayonne pour voir la sœur d'un de mes confrères de Pau, M. Cazenave. Cette dame, âgée de soixante-trois ans et ayant cessé d'être réglée depuis dix ans, s'était toujours bien portée jusque vers le mois de mai ou juin 1863. A cette époque, elle fit une chute qu'elle a regardée comme peu importante, et c'est pourtant depuis ce moment que, d'après M. Cazenave lui même, elle aurait toujours ressenti quelques troubles, plus ou moins accentués. Ces troubles ont consisté d'abord en une espèce de lumbago ayant succédé immédiatement à la chute et qui, sans être très-douloureux, ne laissait pas que d'incommoder la malade. La douleur, primitivement fixée à la partie gauche de la région lombo-sacrée, s'est peu à peu propagée dans la fosse iliaque gauche et dans différents points de la cuisse correspondante. Néanmoins, la malade allait et venait, souffrant plus ou moins par intervalles, et était traitée par son médecin comme pour des douleurs de nature rhumatismale. En juillet dernier, ces douleurs redoublant, on envoie Mme T... aux Eaux-Chaudes, et, comme il se joignait à son état une constipation opiniâtre datant déjà

de plusieurs mois, on prescrit des douches sulfureuses rectales. Loin de retirer de ce traitement le soulagement qu'on attendait (et ici, je n'entends blâmer personne, je me borne à constater un fait), cette dame voit sa constipation persister et ses souffrances s'aggraver. A son retour des Eaux-Chaudes, vers les derniers jours du mois d'août, elle ne marche plus que péniblement, comme courbée en deux. A cette époque, M. Cazenave, le frère de la malade, a remarqué pour la première fois une tumeur molle et profondément située dans la fosse iliaque gauche. Bien qu'à ce moment le médecin ordinaire de Mme T..., homme d'ailleurs fort habile et très-instruit, ne fût pas ou ne parût pas parfaitement convaincu de l'existence de cette tumeur, il ne tarda pas à la reconnaître et aussi à en signaler les progrès. Cette tumeur, partie de la fosse iliaque, s'est peu à peu étendue vers la ligne médiane et a remonté du côté de l'ombilic. Mais l'affection ne s'arrête pas là; au bout de peu de jours, on voit une seconde tumeur apparaître sur le côté droit de la paroi abdominale et semblant distincte, surtout en haut, de la tumeur primitive.

Vers le milieu d'octobre, la malade est obligée de s'aliter, et la santé générale, jusque-là satisfaisante, ne tarde pas à subir une atteinte de plus en plus profonde. L'appétit devient nul, la constipation persiste au même degré, la nutrition s'altère, les forces diminuent. En même temps, la tumeur, jusqu'alors indolente ou à peu près, devient douloureuse à la pression, une fièvre modérée s'allume et subit tous les soirs des redoublements assez marqués. Toutefois, il n'y a jamais eu de symptômes d'étranglement quelconque ou de péritonite.

C'est dans cet état que je trouve la malade le 11 novembre dernier, seul jour où je l'aie vue. Je vais compléter seulement ce qui a trait aux caractères de la tumeur et ajouter ce qu'un examen attentif m'a révélé :

Comme je l'ai déjà dit, la tumeur offre deux parties bien distinctes; l'une plus considérable, répondant à la moitié gauche de la paroi abdominale antérieure, et l'autre répondant à la moitié droite. Il m'a été impossible d'en préciser exactement les limites; cependant, voici l'idée que je m'en fais :

Elle occupe : 1° toute la fosse iliaque gauche et la partie correspondante de la région ombilicale, et se perd en haut et en dehors, ainsi qu'en bas et en dedans, sans limites bien précises; 2° en partie la fosse iliaque droite et en partie la région ombilicale correspondante, pour devenir moins appréciable en bas et en dedans.

Le palper, pratiqué avec soin, m'a fait reconnaître une consistance assez forte, mais pourtant pas uniforme. Il est difficile de définir les différentes variétés de consistance; je dirai pourtant que, dans ce cas,

il ne s'agissait pas d'une dureté fibreuse, mais plutôt d'une dureté semblable à celle du foie ou de la rate hypertrophiés, avec des noyaux plus durs les uns que les autres. Nulle part, je n'ai trouvé de la fluctuation, ni cette élasticité rappelant la présence de kystes tendus à parois épaisses et à contenu liquide.

Quelque soin que j'aie pris pour constater sa mobilité, il m'a été impossible de la reconnaître. La tumeur ne flotte pas dans la cavité abdominale et suit dans tous les mouvements la paroi antérieure de l'abdomen, tant à droite qu'à gauche. Cette paroi ne peut pas davantage glisser sur la tumeur; seulement, en faisant soulever légèrement la malade, on remarque très-distinctement que la contraction des muscles droits la dérobe momentanément à la main qui l'explore. J'avais omis de dire, et on verra plus tard que ce détail peut avoir son importance, que la malade avait eu autrefois beaucoup d'embonpoint et qu'elle en conservait encore, malgré les souffrances récentes qu'elle avait éprouvées.

Bien qu'il n'y ait jamais eu de pertes blanches ni sanguines, j'explore l'utérus par le toucher, et je trouve le col de l'utérus parfaitement sain et comme caché derrière la symphise pubienne. Seulement, au point d'insertion sur ce col de la paroi vaginale postérieure, je trouve comme un croissant regardant le museau de tanche par sa concavité et rappelant par sa consistance la dureté de la tumeur abdominale.

A partir de ce croissant, qui s'étend seulement en largeur, la paroi vaginale postérieure est partout parfaitement souple et ne se trouve nulle part soulevée par une tumeur venant du rectum ou du petit bassin. Enfin, pendant que j'ai le doigt sur le col ou sur la tumeur dure qui semble s'y insérer, si je cherche à repousser la tumeur abdominale, la pression ne se communique en aucune façon au doigt situé dans le vagin. Aucune fluctuation n'est perçue de la sorte et il m'est impossible de reconnaître où se trouve le corps de l'utérus. — Le toucher rectal permet de distinguer à la bauteur du col utérin, un second croissant dur, mais ayant sa concavité tournée en sens inverse du premier, concavité qui regarde par conséquent la lumière du rectum. Mêmes signes négatifs constatés par la pression abdominale combinée avec le toucher rectal.

Tels sont les symptômes que j'ai constatés chez cette malade, et j'avoue qu'au premier abord, il m'a paru bien difficile de les grouper sous une affection bien caractérisée; il était aisé de dire qu'il n'y avait dans ce cas ni kyste de l'ovaire, ni tumeur utérine quelconque, ni aucune des affections cancéreuses de l'un des viscères abdominaux, sans pouvoir assigner à cette tumeur une origine bien précise. Et

cependant, l'analyse attentive des troubles observés, m a conduit, j'en ai la conviction, à un diagnostic des plus certains.

Et, d'abord, il était un signe qui excluait à lui seul l'existence d'une tumeur viscérale quelconque, ce signe était la fixité de la production morbide. Une tumeur qui ne se déplace pas dans la cavité abdominale et sur laquelle on ne peut pas faire glisser la paroi de l'abdomen, doit faire corps avec cette paroi même. D'autre part, il était hors de doute qu'elle avait son siége en arrière des muscles droits, c'est-à-dire entre le fascia transversalis et le péritoine ou sur la face interne elle-même de cette séreuse. Or, une tumeur qui se serait développée en si peu de temps sur la face libre du péritoine ne se comprendrait guère, et il était plus naturel de supposer qu'elle eût son siége dans le tissu cellulaire sous-péritonéal où divers épanchements de liquide peuvent se faire et se font réellement. Quant à la consistance de la tumeur, elle ne saurait nullement exclure une semblable supposition, car il est un liquide qui, fluide au moment où il s'épanche, ne tarde pas à se coaguler et à passer par les différents degrés de consistance : c'est le sang.

Nous voilà donc conduits à admettre l'existence d'une tumeur sanguine, et je dois ajouter que la sensation particulière que m'a donnée le palper abdominal répondait parfaitement à l'admission d'une semblable hypothèse.

Maintenant, d'où venait ce sang? En tenant compte des moindres circonstances du fait ainsi que des données anatomiques, il ne saurait y avoir qu'une réponse à cette question : le sang a dû provenir sans aucun doute *de l'une des veines dilatées du plexus ovariens*. Il n'était pas possible, en effet, de songer dans ce cas à une hémorrhagie liée à une congestion ovarienne, puisque les règles étaient supprimées depuis une dizaine d'années. Il fallait donc admettre, comme phénomène initial, l'existence d'un de ces varicocèles ovariens, décrits pour la première fois par M. Richet et dont M. Devals, d'après lui, a si bien tracé les caractères dans sa thèse inaugurale. Je n'ai pas songé, dans ce cas, en raison de l'état de la malade, à pratiquer l'examen au speculum, ni à voir s'il n'y aurait pas sur les grandes lèvres quelque veine dilatée. Mais j'ai constaté d'une manière positive l'existence de varices dans les deux jambes, surtout à la jambe gauche, ce qui me semble mettre hors de doute ou du moins rendre très-probable la présence de varices semblables dans le plexus ovarien gauche.

Cela posé, il est facile de se rendre un compte exact des choses, et tous les phénomènes observés militent en faveur de cette supposition. A la suite de la chute survenue il y a dix-huit ou vingt mois, rupture de l'une des veines ovariennes, épanchement d'une certaine quantité

de sang entre les deux replis du ligament large, d'où le lumbago ressenti par la malade. Sous l'influence de la marche et des mouvements, nouvelles ruptures survenant à divers intervalles, hémorrhagies de plus en plus fortes, d'où cette succession de douleurs soumises à des exacerbations périodiques et pouvant donner l'idée de douleurs de nature rhumatismale. Action négative des eaux sulfureuses et congestion plus forte produite par les douches rectales dans tout le système veineux du petit bassin, d'où cette exacerbation marquée de tous les symptômes après une saison passée aux Eaux-Chaudes, d'où encore, sans doute, la première apparition de la tumeur abdominale. A l'appui de notre manière de voir, n'avons-nous pas encore le mode d'évolution de cette tumeur? Ayant pris naissance dans la fosse iliaque, c'est-à-dire à la région correspondante au ligament large, et se montrant *du côté gauche*, siége de prédilection, je dirais presque d'élection, du varicocèle ovarien, cette tumeur s'étend de proche en proche, au côté gauche d'abord, puis au côté droit de la paroi abdominale antérieure. Au premier abord, la séparation en deux parties distinctes me semblait créer une difficulté sérieuse à admettre cette migration sanguine éloignée; car, il eût été bien extraordinaire qu'un second varicocèle existant *à droite*, une nouvelle rupture variqueuse eût lieu de *ce côté*. Mais, ici encore, l'anatomie rend parfaitement compte de cette particularité. On sait, en effet, que le péritoine, après s'être réfléchi du ligament large sur les côtés de la vessie et la paroi abdominale, est séparé de cette dernière par un tissu cellulaire très-lâche, et d'autant plus lâche que l'embonpoint est plus considérable. En remontant le long de la paroi abdominale, ce feuillet pariétal adhère davantage, quoique encore faiblement. Ce n'est que sur la ligne médiane, le long du trajet de l'ouraque et des artères ombilicales, quo cette adhérence est assez forte pour créer un obstacle insurmontable à la migration d'un liquide quelconque. Si donc, du sang épanché, par exemple, dans ce tissu cellulaire sous-péritonéal, trouve une issue facile quelque autre part, le péritoine résistera, ce qui aurait eu lieu dans ce cas, et l'épanchement se fera du côté opposé, en suivant le trajet que j'ai indiqué. De là donc, cette apparence de double tumeur avec une seule et même origine à l'épanchement sanguin; de là encore, le moindre volume de la tumeur de droite, apparue la dernière et constituée, pour ainsi dire, par le trop plein de la première.

On voit, d'après ce qui précède, que, dans mon idée, le sang primitivement contenu entre les deux feuillets du ligament large, se serait épanché en dehors de la cavité péritonéale, en suivant le tissu cellulaire qui tapisse la face externe du péritoine. C'est pour cette raison, sans nul doute, que la tumeur ne fait que côtoyer l'extrémité

supérieure du vagin, et qu'elle n'a aucun rapport avec la paroi postérieure de ce conduit. Et, en effet, si l'épanchement du sang s'était fait dans l'intérieur même de la séreuse péritonéale et eût occupé le cul-de-sac utéro-rectal, la paroi vaginale postérieure eût été repoussée vers l'antérieure, dans une étendue plus ou moins grande; le doigt explorateur eût rencontré, comme il arrive dans les cas de ce genre, une tumeur proéminant dans le vagin, dont la cavité eût été notablement rétrécie.

Tel est, pour ainsi dire, le diagnostic anatomique. Voyons maintenant si les autres troubles observés s'accordent avec la même hypothèse. Or, les signes de réaction générale tels que fièvre, sensibilité de la tumeur à la pression, etc., n'indiquent-ils pas un commencement de travail inflammatoire dans ce large foyer sanguin?

On voit donc que les moindres circonstances de ce fait s'expliquent d'une manière indubitable par l'existence d'un varicocèle ovarien, la rupture accidentelle de l'une ou plusieurs des veines dilatées, la reproduction périodique d'hémorrhagies de plus en plus considérables, et par un commencement de travail inflammatoire survenu dans la poche hématique.

D'après ces données, j'ai conseillé : 1° un repos absolu; 2° l'application successive de larges vésicatoires volants sur les points les plus douloureux de la tumeur; 3° des lavements simples répétés et, de temps à autre, l'emploi de laxatifs doux; 4° si les signes d'inflammation venaient à diminuer et à disparaître, l'application d'une large ceinture abdominale qui exerçât une pression légère et uniforme.

Je n'ai pas revu la malade depuis le 11 novembre dernier, mais j'ai appris que la tumeur a presque entièrement perdu la sensibilité qu'y réveillait la pression, et qu'elle a déjà subi une diminution notable de volume. En même temps, les symptômes de réaction générale se sont amendés au point de nous permettre d'espérer le rétablissement de la malade.

Je dois ajouter que M. Cazenave a complétement adopté le diagnostic que je viens de développer, et a partagé de tous points les vues thérapeutiques qui m'ont paru résulter de l'examen attentif de cette curieuse affection.

Par suite de circonstances tout à fait imprévues, je n'ai pu revoir cette dame, qui a succombé le 13 février 1865; les détails qui suivent m'ont été communiqués par M. Cazenave.

L'autopsie n'ayant pas été pratiquée, je ne puis pas, malheureusement, fournir la preuve péremptoire du diagnostic que j'avais cru pouvoir porter. A défaut des données nécroscopiques, j'ai cherché à

combler une lacune aussi regrettable par des renseignements puisés à bonne source.

Pendant les cinq ou six premières semaines qui ont suivi ma visite, une amélioration croissante s'est fait sentir dans l'état de la malade, la tumeur abdominale a subi une *diminution des plus sensibles*, tout en gardant sa consistance; l'état général devenait de plus en plus satisfaisant, lorsque après ce terme et sans cause appréciable, la scène a tout à coup changé. La tumeur a, de nouveau, progressivement augmenté de volume, au point de devenir très-considérable. Cette augmentation de volume a porté sur les deux tumeurs de la paroi abdominale, *mais surtout sur celle du côté droit*. Elles sont toujours restées parfaitement distinctes, et la dépression qui les séparait sur la ligne médiane était plus apparente que jamais quelques jours avant la mort de la malade. Quant à leur consistance, elle aurait notablement augmenté depuis le 11 novembre; et nulle part, ni par le rectum, ni par la vessie, on n'a constaté l'évacuation d'un liquide rappelant la présence du pus ou du sang. On aurait remarqué seulement une fréquence plus grande des besoins d'uriner, sans que la quantité des urines augmentât elle-même. On n'a pu noter aucun symptôme de fièvre hectique ni de péritonite. La faiblesse générale se serait prononcée de plus en plus et aurait été l'unique cause appréciable de la mort, aucune inflammation aiguë ni aucun accident brusque n'étant survenus durant la dernière période de la maladie.

Tels sont les seuls renseignements que j'ai pu recueillir sur cette singulière affection et qui me semblent de nature, malgré leur peu d'étendue, à donner une nouvelle sanction clinique à l'hypothèse déjà émise.

Quelle serait, en effet, la tumeur abdominale qui, après avoir notablement diminué, subirait un si brusque revirement et arriverait, en peu de temps, à une augmentation considérable de volume, tout en conservant cet aspect bilobé qui la caractérisait au début? Cet accroissement simultané des deux tumeurs n'indique-t-il pas une étroite solidarité entre elles, et ne révèle-t-il pas l'action d'une cause commune? D'autre part, le développement relativement plus considérable de la tumeur *de droite* donne une nouvelle force à l'hypothèse d'un épanchement sanguin, car c'est de ce côté qu'il restait un plus grand espace à occuper dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. L'adhérence qui existe sur la ligne médiane étant enfin un obstacle à la propagation d'un liquide quelconque, la dépression médiane devait se prononcer de plus en plus, au fur et à mesure du progrès de la suffusion sanguine, et c'est ce qui a eu lieu.

Il est une objection qu'on serait peut-être tenté de faire en raison

de l'augmentation de consistance de la tumeur. Il semblerait, en effet, au premier abord, qu'une nouvelle fusée de sang fluide venant à s'épancher, la couche liquide dût s'interposer, en tout ou partie, entre la paroi abdominale et la production morbide ancienne. Mais, si on veut bien réfléchir toutefois qu'après un premier retrait de la tumeur un certain vide se serait opéré tout autour d'elle, et qu'en raison de la contraction active et incessante de la paroi abdominale, ce vide devait tendre à se combler en avant, tandis que rien ne devait l'empêcher de persister en arrière, on comprend que le sang échappé récemment des vaisseaux veineux se soit porté de préférence du côté où il a trouvé moins d'obstacle, c'est-à-dire sous la séreuse péritonéale elle-même, facile à soulever. Dès lors, il n'est plus étonnant que la consistance de la tumeur ait augmenté, puisque la résorption, continuant à s'opérer dans la masse sanguine primitive, a dû rendre cette dureté encore plus sensible au toucher.

La mort, survenant sans complication inflammatoire quelconque et après une faiblesse graduellement croissante, ne peut-elle pas enfin s'expliquer par une anémie, devenue fatale par suite du progrès de l'épanchement sanguin et aussi de l'âge avancé de la malade?

Je crois avoir épuisé toutes les preuves cliniques propres à confirmer mon diagnostic, et je ne puis que regretter encore de ne pouvoir en offrir d'autres plus convaincantes. Si ce fait perd une grande partie de sa valeur par le défaut d'autopsie, il n'en est pas moins propre, j'ose le croire, à attirer l'attention sur les suites possibles d'une rupture veineuse dans le varicocèle ovarien. En tout cas, je ne saurais mieux faire que de soumettre mon observation à l'appréciation éclairée de mes collègues de la Société de chirurgie.

M. Richet, chargé par M. Duboué de présenter en son nom cette observation à la société, fait remarquer, après en avoir fait une analyse succincte, qu'il est grandement à regretter, en effet, que l'autopsie n'ait pas été pratiquée. C'eût été le seul moyen de lever tous les doutes que ne manquera pas d'éveiller la lecture de cette curieuse observation; ne pourrait-on pas dire, par exemple, que cette tumeur, qui s'est, pour ainsi dire, étendue sous forme de couche à la face interne de la paroi abdominale, était constituée par une de ces affections cancéreuses qui s'étalent en nappe à la surface du péritoine, affections dont M. Richet a observé, pour son compte, deux exemples. On s'expliquerait ainsi tous les symptômes si bien décrits par M. Duboué, et dont quelques-uns, il faut bien l'avouer, ne s'appliquent pas parfaitement au diagnostic des hématocèles utéro-ovariennes, tels, par exemple, que la longueur du temps écoulé entre l'accident et l'apparition de la première tumeur, le peu de fluidité du liquide épanché,

et enfin, sa tendance à un accroissement presque continu; tandis que les hématocèles apparaissent rapidement, restent longtemps mollasses et fluctuantes, et ont une grande tendance à la résorption.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions critiques, c'est là une très-intéressante observation, qui soulève un point difficile de clinique chirurgicale, et nous devons remercier notre collègue de son importante communication.

A propos du procès-verbal :

M. FOLLIN met sous les yeux de la Société deux nouvelles pièces depuis longtemps préparées d'*ossifications sous-choroïdiennes*.

Dans l'une de ces préparations, on peut voir des dépôts osseux placés tout à la fois au-dessus et au-dessous de la choroïde.

M. PERRIN. Je dirai d'abord, pour tenir la promesse que j'ai faite mercredi dernier, que le cristallin d'apparence osseuse que j'ai présenté dans la dernière séance, examiné au microscope, s'est montré composé uniquement de concrétions calcaires. Nulle part on n'y pouvait découvrir de corpuscules osseux.

Ce point élucidé, je demanderai à la Société la permission de lui faire voir une nouvelle pièce consistant en un œil dont toute la cavité est remplie par une masse colloïde, qui n'est autre chose que la choroïde considérablement hypertrophiée. L'examen microscopique a permis de constater là des globules sanguins altérés, et des granulations calcaires dans les points où se voyait à l'œil nu des plaques blanches disséminées. Le cristallin, entièrement noir, ne renferme cependant pas trace de pigment.

M. BLOT. Je dirai, à propos de la présentation de M. Perrin, qu'il y a déjà bien longtemps, alors que je faisais répéter, à l'amphithéâtre de Clamart, les exercices de médecine opératoire, j'ai rencontré sur un cadavre deux cas de cataractes noires dans lesquels, contrairement au fait montré par M. Perrin, les cristallins, examinés au microscope par M. Robin et par moi, renfermaient une abondante matière noire, granulée, d'apparence pigmentaire. Chose assez singulière, tandis que ces cristallins étaient parsemés de pigment, la choroïde en était presque complétement dépourvue.

COMMUNICATION.

M. LEROY D'ÉTIOLLES, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, lit un travail intitulé : *De l'adhérence des calculs. — Des tumeurs fongueuses vésicales.*

Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Trélat, Dolbeau et Panas.

Suite de la discussion sur la coxalgie.

M. BOUVIER. Messieurs, il n'est pas inutile peut-être de rappeler que l'intéressante communication de M. Verneuil est le texte de cette discussion. D'accord avec mon savant collègue sur les points les plus essentiels, je commencerai cependant par deux petites critiques qui se sont déjà produites, mais auxquelles il ne s'est pas rendu.

1° Il m'a semblé que M. Verneuil voyait dans le spasme, non un simple effet de la coxalgie, mais un élément primitif, distinct, de la maladie. Le spasme, a-t-il dit, existe seul dans la coxalgie hystérique; il peut *ouvrir la marche* dans les autres formes.

Mais *coxalgie* se dit, par abréviation, pour *coxarthralgie,* ou, si l'on veut, pour *coxarthrite;* car cette affection est généralement une arthrite coxo-fémorale. Ce serait porter la confusion dans le langage que de donner le nom de *coxalgie* à une simple contracture hystérique, sans lésion articulaire. Cette première sorte de spasme n'a donc rien à faire avec la maladie qui nous occupe. Je ne comprendrais l'appellation de *coxalgie hystérique* que si on l'appliquait à une affection de l'articulation de la hanche, compliquée de symptômes hystériques.

Quant au spasme qui se lie à la vraie coxalgie, il n'est pour moi, comme pour tout le monde, ou à peu près, qu'une conséquence de la lésion articulaire, et il ne la précède dans aucun cas. Je sais bien qu'on a imaginé une *première période* de la coxalgie, purement *dynamique,* sans lésion organique, — quoique avec épanchement, — caractérisée par une lésion nerveuse primitive, produisant le spasme, et, de plus, par la *paralysie des nerfs organiques;* mais cette doctrine n'a pas franchi, que je sache, les colonnes du journal dans lequel elle a été publiée, et je ne suppose pas qu'elle ait exercé quelque influence sur la manière de voir de M. Verneuil.

Peut-il arriver que l'affection articulaire, à son début, ne soit qu'une hydarthrose, sans aucun caractère inflammatoire? Je ne prétends pas que ce soit impossible; mais je n'en connais pas d'exemple clairement démontré.

2° M. Verneuil préfère, pour la coxalgie, à la division anatomique généralement adoptée, l'ancienne division appliquée par B. Bell aux tumeurs blanches en général; il distingue la coxalgie en rhumatismale et scrofuleuse; je fais abstraction, d'après ce que je viens de dire, de sa troisième espèce, la coxalgie hystérique. L'un de nos collègues, M. Richet, dans son excellent travail sur les *Tumeurs blanches*, couronné en 1851 par l'Académie de médecine, a déjà montré que cette division pèche, d'une part par son insuffisance, et en second lieu par le vague de son application.

Le reproche d'insuffisance a déjà été adressé à la classification de M. Verneuil. Outre les coxalgies typhiques et exanthématiques que l'on a rappelées, il y a encore d'autres espèces étiologiques, qui ne trouvent pas place dans cette classification. Telles sont les coxalgies *traumatiques*, que je serais peut-être en droit de mettre en tête dans l'ordre de fréquence. Qui ne connaît les observations de J.-L. Petit (*Mém. de l'Acad. des sciences*, 1722, et *Traité des mal. des os*), de Sabatier (*Mém. de l'Acad. de chir.*, V), et autres? Quel est le chirurgien d'hôpital qui n'ait encore vu, de nos jours, la coxalgie se montrer à la suite de la contusion ou de l'entorse de l'articulation de la hanche?

A part les cas, relativement peu nombreux, de maladie strumeuse évidente ou de rhumatisme manifeste, rien de plus vague que la détermination de la nature scrofuleuse ou rhumatismale de la coxalgie. Il ne suffit pas qu'elle affecte des enfants, qu'elle coïncide avec le tempérament lymphatique, pour prononcer que la maladie est scrofuleuse. Combien de fois n'arrive-t-il pas, suivant la juste remarque de M. Bauer, que l'on prend pour les attributs de la scrofule la pâleur, l'émaciation, la débilité générale, qui attestent les ravages, et non l'origine constitutionnelle d'une coxalgie plus ou moins ancienne! Mettez plusieurs praticiens en face de ce problème étiologique; vous en trouverez à peine deux qui soient d'accord sur la nature du mal. M. Verneuil nous a dit n'avoir presque traité que des coxalgies scrofuleuses. D'un autre côté, M. Gaillard (de Poitiers), dans une communication récente qu'il a faite à l'Académie de médecine, affirme n'avoir eu affaire qu'à des coxalgies rhumatismales. Or ce sont, en grande partie, des cas fort analogues, sinon identiques, que nos deux honorables confrères ont ainsi désignés chacun à sa manière.

Diagnostic de la coxalgie. — Tout le monde a été d'accord sur le défaut de signe pathognomonique de la coxalgie. Comme l'a fort bien dit M. Dolbeau, ce n'est que l'ensemble des symptômes qui peut établir sûrement le diagnostic. Cet ensemble se compose de cinq signes principaux, qui sont: l'attitude spéciale du corps, la rigidité de l'articulation, la claudication, la déformation, la douleur spontanée ou provoquée. La réunion même de ces signes ne conduit à la certitude qu'autant qu'on a recherché avec soin les signes négatifs des affections qui peuvent simuler la coxalgie.

C'est dans ses plus faibles degrés qu'il importerait le plus de reconnaître la coxalgie, comme lorsqu'elle est à son début, ou lorsque, après une certaine durée, elle a considérablement diminué d'intensité; car ce n'est qu'alors qu'on peut espérer une guérison radicale, c'est-à-dire telle que l'articulation revienne complétement à l'état normal. Mais c'est précisément dans cette forme légère que le diagnostic est le plus

obscur. Au lieu des cinq caractères réunis que je rappelais il n'y a qu'un instant, c'est à peine si l'on trouve en pareil cas un ou deux signes manifestes, l'extension de la cuisse un peu moins complète que du côté sain, une claudication passagère, qui ne se montre souvent qu'après une marche un peu prolongée et qui peut échapper à la première vue. C'est dans des conditions semblables que l'on peut tirer parti de ce signe *des maquignons*, que M. Marjolin nous a fait connaître, en *écoutant* le mouvement alternatif des membres inférieurs dans la marche.

Que faire dans ces cas douteux ? Évidemment il faut se conduire comme s'il y avait coxalgie ; car il n'y a pas d'inconvénient à prendre des précautions superflues, si l'on est dans l'erreur, et il y en aurait beaucoup à laisser le mal s'aggraver, s'il existait réellement.

Plus tard, tous les symptômes sont plus accusés, et certains d'entre eux surtout sont d'une grande utilité pour le diagnostic.

M. Verneuil accorde peu de valeur, sous ce rapport, à l'allongement et au raccourcissement apparent, parce qu'ils peuvent alterner, dit-il, d'un jour à l'autre. Je n'ai observé ces variations qu'au début de la maladie; mais, bientôt après, il s'établit une attitude fixe, qui ne change plus que par l'effet de causes toutes spéciales. Outre la flexion de la cuisse, qui est à peu près constante, la rotation en dehors ou en dedans, qui se lie ordinairement, l'une à l'abduction, l'autre à l'adduction permanente, ces deux dernières positions sont grandement à considérer, surtout à cause de leur influence sur la direction du bassin. Je regrette, à ce point de vue, que nous ne possédions pas d'autres expressions pour désigner l'agrandissement et la diminution de l'angle formé en dedans par le bassin et le fémur; car les noms d'*abduction* et d'*adduction* s'entendent principalement des mouvements latéraux exécutés par le membre inférieur lui-même, tandis que, dans la coxalgie, ces mouvements latéraux se passent bien plutôt dans le bassin, le membre inférieur devenant leur point fixe. Ce mouvement du bassin dans l'articulation affectée se combine alors avec des mouvements qui ont lieu dans l'articulation du côté sain, dans celles du bassin avec le rachis et des dernières vertèbres entre elles, et c'est ainsi que se produisent, sans que la tête et le pied cessent de rester en face l'un de l'autre, soit l'abaissement du bassin du côté malade, attitude de l'abduction articulaire, avec allongement apparent du membre, soit l'élévation du bassin, attitude de l'adduction, avec raccourcissement apparent.

De même que M. Marjolin, dont le procédé d'exploration, fondé sur la différence de niveau des deux genoux, fait bien reconnaître ces inclinaisons du bassin, je pense que les différences de longueur

apparente des deux membres qu'elles produisent fournissent un signe précieux, qui, s'il peut tromper, met bien plus souvent sur la voie, au premier coup d'œil, dans la recherche du diagnostic de l'affection.

Je ne puis admettre avec M. Boinet que l'abaissement permanent du bassin se rencontre, comme dans la coxalgie, dans une foule d'autres affections douloureuses du membre inférieur. En général, dans ce dernier cas, cette attitude ne persiste pas dans la position couchée comme l'attitude de la coxalgie. M. Boinet, en ne tenant pas assez compte de ce caractère, n'aurait-il pas pris quelquefois de vraies coxalgies pour des sciatiques?

Suivant M. Verneuil, on verrait aussi souvent le raccourcissement apparent précéder l'allongement que le contraire avoir lieu. J'ai pu m'assurer, comme mon savant collègue, que la première période, dite d'*allongement*, autrefois admise, n'était rien moins que constante; mais j'ai trouvé l'abduction, par conséquent l'allongement apparent, plus fréquent que le raccourcissement dans les premières périodes de la coxalgie. L'allongement peut persister jusqu'à la fin de la maladie, et la période de raccourcissement n'est pas, sous ce rapport, plus réelle que la première, d'autant plus que, comme l'a dit M. Verneuil, le raccourcissement apparent peut se montrer de prime abord, suivi ou non d'allongement. Il est à regretter que MM. F. Martin et Collineau, dans leur ouvrage tout récent, n'aient presque rien dit du raccourcissement apparent, qui n'est guère moins commun que l'allongement.

La rigidité de l'articulation, dans la coxalgie, offre cela de remarquable, qu'elle se fait sentir non-seulement dans le sens opposé à l'attitude du membre, mais encore dans les mouvements qui ne font qu'exagérer cette attitude. Ainsi, quoique le membre soit porté dans la flexion, on n'éprouve pas moins de résistance quand on veut augmenter cette flexion que lorsqu'on cherche à ramener le membre dans l'extension. C'est même là un signe de quelque valeur pour établir le diagnostic différentiel. De même, que le membre soit tourné en dedans ou en dehors, la rotation, comme l'a indiqué M. Guersant, est bornée à la fois dans l'un et l'autre sens. C'est par erreur que MM. F. Martin et Collineau ont fait dire à notre collègue que la rotation *en dedans* seule était difficile et douloureuse.

Ceci m'amène à répondre à la question de M. Verneuil touchant la difficulté de l'abduction. J'ai trouvé une gêne semblable dans les mouvements d'adduction et d'abduction; seulement celle de l'abduction est plus facile à constater; la recherche de ce signe est d'une grande simplicité, ce qui le rend plus utile dans l'exploration; mais la résis-

tance du membre dans cette direction n'a rien de spécial, et se retrouve dans les autres mouvements de la jointure.

M. Verneuil a parlé des intermittences de la coxalgie commençante. Cette forme du début m'a paru si commune que j'en ferais volontiers une loi presque générale. Toutefois cette cessation et ce retour alternatifs des symptômes ne sont, à proprement parler, que des rémittences. Il reste toujours quelques signes de la maladie dans les périodes décroissantes, où elle semble guérie aux yeux d'observateurs superficiels ou peu exercés. Je n'en excepterai que les douleurs erratiques du rhumatisme vague, qui peut paraître et disparaître successivement dans la hanche, comme dans les autres jointures; mais cette affection ne constitue pas une véritable coxalgie. La marche de celle-ci est essentiellement continue, et ces rémissions, ces exacerbations, que l'on y observe, dépendent moins sans doute de la nature du mal que de l'influence successive du repos et du mouvement à laquelle les malades sont soumis. Il n'est pas question ici, bien entendu, du caractère intermittent des douleurs et du spasme, qui reviennent souvent, à la manière des névralgies, sous la forme d'accès irréguliers, surtout la nuit.

Il est un cas particulier qui peut embarrasser le diagnostic: c'est la réunion d'une coxalgie avec une luxation congénitale du fémur, coïncidence qui a été rencontrée par Boudet, par M. F. Martin et par moi. J'en citerai l'exemple suivant.

En août 1858, nous fûmes invités par Bonnet, MM. Ad. Richard, Guersant et moi, à assister, rue du Bouloi, à la réduction d'une coxalgie chez une jeune fille de onze ans, amenée de Thionville à Paris pour une affection des deux articulations coxo-fémorales, qui avait succédé, au mois de mars précédent, à une fièvre muqueuse suivie de rhumatisme articulaire; c'était une coxalgie double rhumatismale. Le bassin était fort relevé à gauche, par conséquent l'articulation correspondante dans l'attitude de l'adduction, la droite dans l'abduction. Le fémur gauche était luxé en haut et en dehors; une petite fistule existait à la cuisse droite. Consultés séparément, MM. Malgaigne, Nélaton et moi, nous avions déjà constaté ces faits.

Après trois quarts d'heure d'efforts sur les deux membres pendant le sommeil de l'éthérisation, après la section des adducteurs de la cuisse gauche, le bassin était droit, la longueur des deux membres égale; mais la luxation persistait à gauche. J'explorai la hanche droite et j'y trouvai tous les signes d'une luxation semblable à celle du côté opposé. Les deux coxalgies étaient entées sur deux luxations, qui devaient être congénitales. Nous avions été trompés, Bonnet, les autres consultants et moi, par un commémoratif inexact et par l'aspect

tout différent que l'attitude opposée des deux membres donnait aux deux régions atteintes du même vice de conformation. Bonnet ne paraît pas avoir reconnu la vérité; du moins il n'en dit rien dans l'observation qu'il publia peu de temps après. Les dernières nouvelles que l'on a eues de la malade ne vont pas plus loin que la fin d'octobre 1858; elle n'avait plus alors le bandage amidonné, et n'était contenue que par la gouttière de Bonnet; on lui avait fait faire quelques pas avec des tuteurs articulés, en la soutenant sous les bras; les deux membres avaient conservé leur rectitude; l'état général était satisfaisant.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à une place de membre titulaire.

M. Chassaignac, rapporteur, termine en proposant la liste suivante :

En 1re ligne, M. Tarnier;

En 2e ligne, M. Labbé;

En 3e ligne, *ex æquo*, MM. Després et Tillaux;

En 4e ligne, M. Leroy d'Étiolles.

A cinq heures et demie la séance est levée.

Le Secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical;*

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

M. le docteur Dubreuil adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *Des indications que présentent les luxations de l'astragale.*

M. Bouvier fait hommage de son discours à l'Académie : *Sur la Transmission de la syphilis par la vaccine.*

M. Verneuil offre à la Société, au nom de M. Michaux (de Louvain), trois brochures : *Sur l'opération applicable aux polypes naso-pharyngiens*.

M. Larrey présente une observation d'opération césarienne pratiquée, dans le département de la Haute-Vienne, par M. Brun-Séchaud (de Limoges), candidat au titre de correspondant.

A propos de la correspondance, M. Larrey donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. le docteur Bétancès (de l'île de Porto Rico), avec la photographie d'un nègre atteint d'un énorme éléphantiasis du scrotum.

« Ce malade, dit M. Bétancès, opéré d'après les règles énoncées dans le Mémoire qui fut présenté, le 5 octobre 1864, à la Société de chirurgie, aurait servi, je crois, à les confirmer, si nous n'avions eu le malheur de le voir mourir entre nos mains, par l'effet du chloroforme, au moment où l'opération se terminait sans aucun accident. L'opération a été faite sans l'aide des écraseurs linéaires, et il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

« J'espère, ajoute M. Bétancès, pouvoir encore vous envoyer des reproductions d'autres opérés plus heureux, en comptant toujours sur votre bienveillance pour les présenter à la Société de chirurgie. »

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'un membre titulaire.

Sur 29 votants :

M. Tarnier obtient 21 voix ;

M. Labbé 7 ;

M. Després 1.

En conséquence, M. Tarnier est nommé membre titulaire de la Société.

DISCUSSION.

Traitement de la coxalgie. — M. BOUVIER. Le traitement de la coxalgie est difficile, parce que les indications sont multiples, parce que, suivant la juste remarque de M. Lefort, elles sont parfois contraires, qu'il faut ou les concilier ou sacrifier l'une d'elles pour obéir à la nécessité la plus impérieuse ; parce qu'enfin les mêmes problèmes se représentent, dans chaque cas, avec des données diverses et doivent recevoir une solution différente selon les circonstances.

Ce traitement se compose de quatre parties, qui répondent à quatre indications principales, savoir :

1° *Le traitement interne ou médical ;* on en a parlé suffisamment ; je n'y reviens pas.

2° *Le traitement externe, local,* qui est aujourd'hui fort réduit. La discussion a montré qu'on abandonne de plus en plus l'emploi des

cautérisations profondes du derme. Je constate avec plaisir ce progrès; car il n'y a pas plus de douze ans que nous n'étions guère que trois, MM. Malgaigne, Chassaignac et moi, à rejeter ces cautérisations dans le traitement de la coxalgie et dans celui des tumeurs blanches en général.

3° *Le traitement fonctionnel*, ou relatif à la fonction de l'articulation malade. Il faut d'abord suspendre cette fonction par le repos, par l'immobilité de la jointure, ensuite s'efforcer de conserver ou de rétablir les mouvements. Le principe de l'immobilisation, dans les arthrites, est maintenant accepté de tout le monde; il ne l'était pas encore en 1850, alors que M. Richet le soutenait avec conviction contre d'opiniâtres adversaires.

Ce repos de l'articulation est obtenu à divers degrés, par le décubitus horizontal avec ou sans liens contentifs, par la position assise, ou à l'aide de supports, béquilles, appareils mécaniques, dans la station et la marche.

On convient unanimement que la position couchée est la seule qui procure un repos complet de l'articulation; c'est la seule qui, comme l'a dit M. Lefort, fasse cesser complétement la pression du poids du tronc sur les surfaces articulaires malades.

4° *Le traitement mécanique*. Outre qu'il concourt, comme on vient de le voir, à immobiliser l'articulation, il a pour but d'assurer au membre une attitude convenable.

Bonnet s'attachait à porter la cuisse dans l'extension et à l'y maintenir. M. Verneuil adopte également la position rectiligne. MM. F. Martin et Collineau la rejettent au contraire; ils placent, pendant le traitement, la cuisse et la jambe dans la demi-flexion, comme le faisaient Pott et Dupuytren dans les fractures du fémur. Ils ne cherchent à obtenir qu'une flexion modérée, qui, jointe à un peu d'abduction, est, selon eux, l'attitude la plus favorable aux fonctions du membre en cas de rigidité permanente.

On connaît les inconvénients de la flexion permanente, même modérée; mais trop d'extension nuit aussi, quand la flexion est impossible. Quoique le redressement pèche bien plus souvent par défaut que par excès, j'ai vu deux fois la flexion trop bien effacée, et les malades plus gênés par l'extension permanente, surtout lorsqu'ils voulaient s'asseoir, qu'ils ne l'eussent été par un peu de flexion. M. Busch (de Bonn) a eu occasion de pratiquer le *brisement forcé* chez deux montagnards qui avaient conservé, après leur guérison, une cuisse trop droite et rigide.

Le traitement mécanique doit donc tendre, non à produire une rectitude absolue, mais à ramener le membre à un léger degré de

flexion, en lui donnant dans les autres sens une situation droite, moyenne entre les mouvements opposés.

Je distinguerai cinq cas pour l'application de ces principes généraux.

Premier cas. La coxalgie est commençante; il n'y a pas encore d'attitude vicieuse fixe. Aucun appareil n'est alors nécessaire; la position horizontale suffit. Le décubitus sera continuel, afin de couper court immédiatement à la maladie. On veillera d'ailleurs sur la position du corps, et on emploiera au besoin quelque léger bandage préventif, tel que l'interposition d'un simple coussin entre les deux membres, auxquels on le fixe, de manière que le membre sain serve d'attelle à l'autre. L'action musculaire volontaire peut elle-même être utilisée pour maintenir une bonne attitude du corps.

Deuxième cas. Il existe une attitude vicieuse; mais la maladie n'est pas très-ancienne, et la résistance au redressement ne paraît pas considérable. Il convient, à mon avis, dans cette circonstance, de tenter le redressement graduel, sans chloroforme, par des manipulations douces et par l'action continue, progressive, des appareils. On parvient assez souvent, par cette méthode, à corriger les attitudes vicieuses de la coxalgie chez les enfants, sans employer le redressement forcé.

M. Verneuil n'approuve pas le procédé du redressement graduel, qu'il déclare *insuffisant, infidèle*. Il considère comme « plus sûr, plus expéditif et d'une utilité plus générale, le procédé manuel brusque, rendu facile par l'anesthésie. » Notre collègue ajoute : « Celle-ci (l'anesthésie) a *si peu d'inconvénients* chez les enfants que je n'hésite point à l'employer dès qu'il y a la moindre résistance à surmonter. »

M. Verneuil a-t-il bien pesé les expressions de cette dernière phrase? Ne serait-elle pas dangereuse, prise à la lettre, en inspirant trop de sécurité, dans l'emploi de l'anesthésie, à la génération chirurgicale naissante? Je dirai, moi, aux jeunes chirurgiens : Méfiez-vous du chloroforme, même chez les enfants.

Quant au redressement sans chloroforme, par les mains ou les appareils, les bons effets que j'en ai obtenus ne me permettent pas de partager l'opinion un peu exclusive de mon honorable collègue. Je trouve dans son propre discours des arguments en faveur de ce procédé. En effet : 1° M. Verneuil a pu lui-même, deux fois, redresser le membre et appliquer l'appareil inamovible sans chloroforme; 2° après un redressement forcé, qui n'a pu être complet, il *consentirait volontiers* à employer l'action lente des appareils à extension, s'il avait des machines qui lui convinssent; c'est reconnaître la possibilité du redressement graduel; 3° enfin, *plus d'une fois,* notre

collègue a trouvé, dans ce cas, après six semaines ou deux mois de contention, à l'aide de l'appareil inamovible, les obstacles musculaires ou autres *beaucoup moins résistants;* cela seul montrerait le pouvoir de l'action graduelle des appareils. J'ajouterai que l'on voit aussi assez souvent cette action de l'appareil compléter un redressement que l'on avait été obligé de laisser incomplet.

Troisième cas. — La résistance au redressement est trop grande pour céder aux efforts graduels, ou ceux-ci sont trop douloureux. Il faut alors avoir recours au redressement forcé pendant l'anesthésie chloroformique.

Cette méthode est une des gloires de Bonnet, qui l'a systématisée le premier, qui en a démontré le premier tous les avantages, et qui, à lui seul, l'a vulgarisée parmi nous. C'est un vice de l'ouvrage de MM. F. Martin et Collineau d'avoir, en 1865, repoussé cette méthode par un blâme absolu et de ne l'avoir pas même fait connaître.

Cependant le procédé de Bonnet n'est pas resté tout à fait ce qu'il était entre ses mains; on en a adouci et restreint l'application. L'expérience, éclairée par quelques accidents, a tracé les limites qu'on pouvait atteindre, mais qu'il ne fallait pas dépasser. Je m'associe complétement, sous ce rapport, aux sages conseils donnés par M. Verneuil sur la réserve qu'il faut apporter dans l'emploi de cette méthode et dans la pratique des manipulations en particulier.

Après le redressement vient la contention à l'aide des appareils. Lequel doit être préféré ? Bonnet en mettait deux, l'appareil amidonné d'abord, puis sa grande gouttière double, dans laquelle il plaçait le malade, déjà enveloppé et maintenu par le bandage inamovible. On s'est partagé depuis dans la pratique. Les uns s'en sont tenus au bandage, les autres à la gouttière. M. Verneuil, partisan du premier, quoiqu'il n'ait déguisé ni ses inconvénients, ni certains avantages de la gouttière, reproche à celle-ci de ne pas assez bien immobiliser le malade, de ne pas s'opposer efficacement au retour des déviations.

L'appareil de Bonnet me paraît supérieur à ceux qui l'ont précédé, tels que les mouchoirs ou serviettes de Mayor, les draps extenseur et contre-extenseur de Blandin, et même l'appareil de M. F. Martin. Seulement il est bon que l'on sache que l'appareil Bonnet n'est pas toujours livré complet par les fabricants, parce que les premiers modèles qu'on en a construits à Paris étaient incomplets. Il y manquait et il y manque encore parfois les pièces servant à l'extension et à la contre-extension. La contention peut alors se trouver insuffisante. L'emploi de ces liens, qui ne sont pas toujours nécessaires, a besoin d'ailleurs d'être surveillé, sans quoi il peut arriver que le bassin, qu'ils tendent à faire basculer latéralement, s'incline dans un sens opposé à

celui dans lequel il était primitivement dévié, et qu'on substitue ainsi le raccourcissement apparent à l'allongement, ou réciproquement. Ce ne sont pas là des inconvénients inhérents à l'appareil lui-même.

Un défaut plus réel, j'en conviens, c'est la mobilité que le bassin conserve dans le sens antéro-postérieur. La flexion de l'articulation malade et l'ensellure lombaire, qui en dépend, peuvent ainsi se reproduire dans certains cas, au moins en partie. Mais ce défaut est commun à presque tous les appareils mécaniques, ainsi qu'aux bandages inamovibles. On ne peut empêcher le bassin de s'incliner en avant que par une forte pression sur les épines iliaques, et les pelotes rembourrées, employées dans ce but, sont rarement supportables. Au reste, on peut au besoin donner un peu plus de fixité au bassin dans la gouttière Bonnet, comme dans les autres appareils, au moyen de coussins épais, adaptés, vis-à-vis des épines iliaques, à une des bandes qui assujettissent le tronc.

La gouttière Bonnet a des succédanés dont le principal avantage est la facilité de leur construction. Tels sont les appareils de nos collègues MM. Gosselin, Guersant, Marjolin. Le dernier appareil de M. Marjolin, en particulier, fonctionne parfaitement et peut rendre de grands services dans les hôpitaux et dans les familles pauvres.

J'ai employé, comme M. Verneuil, les appareils inamovibles; les inconvénients qu'il a lui-même signalés me les ont fait à peu près abandonner.

Au surplus, tout en donnant, en général, la préférence à la gouttière Bonnet et aux appareils analogues, je pense que tous les bandages, même les plus simples, ont leur degré d'utilité, qui rend chacun d'eux applicable à des conditions diverses de la maladie.

Une difficulté sérieuse dans l'emploi d'un appareil quelconque, chez les petits enfants atteints de coxalgie, c'est leur malpropreté, qui souille incessamment d'urine ou de matière fécale une partie de l'appareil, et les expose à des excoriations, outre qu'elle nécesssite des déplacements continuels du corps, qui nuisent à la contention et renouvellent les douleurs. On n'a encore rien fait, que je sache, de véritablement efficace pour remédier à ce grave inconvénient.

Combien de temps doit durer la contention du membre? A quels signes reconnaît-on que l'on peut, sans danger, discontinuer l'usage de l'appareil? M. Verneuil a répondu à ces questions, tout en nous les posant. Mais il voudrait un *criterium* plus sûr, qui indiquât le moment où l'on peut rendre au malade sa liberté. Je n'en connais pas d'autres que ceux qu'il a indiqués. Ainsi que notre collègue, j'attends, pour permettre des mouvements, qu'ils ne soient plus accompagnés ou suivis de douleurs; je n'ai pour guide, dans la suppression graduelle

de l'immobilisation, que la cessation graduelle des symptômes. Je ne saurais trop approuver les règles de prudence tracées à cet égard par M. Verneuil; ce n'est que sous forme d'essais progressifs et avec une sage lenteur que l'on doit procéder à la suppression des moyens contentifs.

Il est un autre point sur lequel nous ne sommes pas dans un aussi parfait accord : c'est la question du décubitus prolongé.

D'après Bonnet, après le redressement et l'application de son double appareil, « le malade doit garder le lit pendant *huit à quinze* jours. Au bout de ce temps, si aucune opération accessoire n'a été nécessaire, il peut *se lever et marcher* avec des béquilles. Le traitement se borne ensuite à conserver le bandage amidonné pendant quatre à six semaines. » Bonnet remplaçait plus tard ce bandage par un appareil à tuteurs.

M. Verneuil, comme Bonnet, fait marcher les malades avec un bandage inamovible; il les fait même lever encore plus tôt, au bout de trois, quatre ou cinq jours. M. Lefort procède de la même manière.

Jusqu'ici, je l'avoue, j'ai suivi une autre marche; je prolonge le séjour au lit plus longtemps que Bonnet, et cela par les mêmes raisons que M. Verneuil a si bien fait valoir en faveur d'une longue contention. L'immobilisation, le repos de l'articulation, sont toujours imparfaits dans la station, dans la marche, dans l'attitude assise elle-même; l'appareil dextriné, même avec les perfectionnements dus à M. Verneuil, me paraît, dans la plupart des cas, insuffisant pour prévenir le mauvais effet de ces attitudes et des mouvements de locomotion, pour mettre sûrement à l'abri contre le retour des douleurs et des déviations. La flexion de la cuisse, en particulier, a souvent une telle tendance à se reproduire d'une manière permanente qu'elle devient alors presque inévitable.

Quant aux reprocbes adressés à la méthode du repos prolongé, je ne les comprendrais que si l'on abusait de cette méthode, si l'on condamnait les malades, par exemple, pendant six mois ou un an, sans nécessité, à une immobilité complète, sans même leur procurer des mouvements passifs, sans les exposer à l'air libre, sans les laisser jamais dégourdir leurs membres sur le plan qui les supporte. Ce n'est qu'à un pareil abus du coucher que pourrait s'appliquer le jugement plus que sévère porté sur cette méthode par M. Lefort, et surtout par les auteurs qu'il a cités. Ce ne serait également que dans de semblables circonstances que l'on aurait quelque droit d'accuser l'appareil Bonnet, comme l'a fait M. Lefort, de favoriser l'ankylose, qui, lorsqu'elle se produit, est généralement un effet de la maladie, et non du

traitement qu'on lui oppose. On a vu d'ailleurs plus haut la méprise des auteurs américains au sujet de la méthode de Bonnet, qui n'était nullement celle du décubitus prolongé.

De même que pour la durée totale de la contention, on ne peut fixer d'une manière précise le temps que les malades doivent passer dans la position horizontale, parce qu'il est subordonné à la marche et à l'intensité des symptômes. En moyenne, ce n'est guère qu'après trois à cinq mois de repos que je leur permets les premiers essais de marche avec les béquilles ou les appareils de soutien. Mais je commence bien plus tôt à leur accorder chaque jour quelques moments de liberté, en supprimant les liens ou même tout l'appareil, en les laissant s'asseoir, se retourner, se mouvoir à leur gré. On doit observer, à l'égard du lever et de la locomotion active, la même gradation lente que dans l'abandon définitif de la contention, en se réglant sur les effets produits à chaque nouvelle tentative. J'ai eu quelquefois à me repentir de m'être trop hâté dans cette progression graduelle des exercices de locomotion, jamais d'avoir trop tardé.

M. Lefort nous a exposé une méthode un peu différente, celle des Américains.

Nous devons savoir gré à notre honorable collègue de nous avoir fait connaître ces nouveaux procédés; je le remercie sincèrement, pour ma part, de m'avoir fourni les moyens de les étudier. Mais ne s'est-il pas quelque peu exagéré leur valeur?

M. Lefort a dit ceci : « Une connaissance plus parfaite des lésions anatomiques qui caractérisent la coxalgie devait donner naissance à cette méthode thérapeutique. La luxation spontanée est considérée encore aujourd'hui par la plupart des chirurgiens *français* comme la conséquence de la marche naturelle de la maladie abandonnée à elle-même ou imparfaitement traitée. »

J'en demande pardon à mon savant collègue, mais ce n'est pas là de l'histoire contemporaine; tout ce passage de son discours est un anachronisme. Est-ce que nous sommes encore au temps où Larrey, seul contre l'école de Desault, contre mon maître Boyer, niait la luxation comme *conséquence naturelle* de la coxalgie? Depuis plus de trente ans, une suite de travaux est venue donner raison à Larrey. La connaissance plus précise des lésions anatomiques de la coxalgie nous appartient. Il y a au moins dix ans qu'elle est devenue vulgaire chez nous, et la jeune Amérique n'a fait ici, comme en tant d'autres occasions, que puiser dans les enseignements de la vieille Europe.

Oui, il faut pourtant le reconnaître, il est un cas où l'on regarde encore la luxation comme une conséquence de la marche naturelle de la coxalgie. C'est lorsque la cuisse est entraînée irrésistiblement dans

une flexion, une adduction et une rotation en dedans toujours croissantes, qui, finissant par dépasser leurs limites physiologiques, amènent la tête fémorale sur le bord du cotyle, qu'elle ne tarde pas à franchir quand la résistance des ligaments a été vaincue par leur longue distension. Bonnet a le mérite d'avoir bien démontré ce phénomène, et d'en avoir en même temps donné le remède, qui consiste à corriger l'attitude vicieuse qui le produit. Mais il est évident que ce n'est là qu'un fait particulier dans l'histoire de la maladie.

Que sont, en réalité, les appareils américains décrits par M. Lefort? Ce sont des attelles à extension calquées sur celle de Desault pour la fracture du col du fémur, déjà employée en Angleterre dans la coxalgie. M. Sayre y a ajouté, comme dans l'attelle de Boyer, un mécanisme destiné à allonger l'attelle lorsqu'elle est en place. De plus, dans le dernier appareil du même auteur, l'attelle ne descend pas jusqu'au pied, et ne prend son point d'appui qu'au-dessus du genou.

Ce qui caractérise la méthode des Américains, c'est que leurs attelles sont appliquées, non dans la position horizontale, comme celles de Desault et de Boyer, mais dans la station et pendant la marche. Ils les remplacent la nuit par le poids à poulie de Brodie. Sous ce rapport, leurs appareils sont fort analogues aux tuteurs de Bonnet, montés sur une ceinture à sous-cuisses, et surtout à l'appareil de M. Mathieu, qui supporte également l'ischion au moyen de son *cornet* ou cuissard, préférable à certains égards au lacs sous-cuisse de Desault et des Américains.

Ces derniers ont édifié toute une théorie sur l'effet de leurs attelles. En 1860, une discussion sur la coxalgie eut lieu à l'Académie de médecine de New-York. « Le principal objet de cette discussion, dit le *Medical Times*, a été l'abandon du traitement par le simple repos, et la préférence à donner, dans toutes les périodes de la maladie, au traitement *par l'extension et la contre-extension*. A cet effet, des attelles ont été imaginées par les docteurs Davis et Sayre. »

Le but de cette extension, suivant ces auteurs, est de soustraire la tête du fémur et la cavité cotyloïde à leur pression réciproque, de faire cesser la pression des surfaces enflammées, *to remove the pressure of the enflamed surfaces*, comme le dit M. Sayre, d'obtenir l'écartement, *the separation*, de ces surfaces, suivant l'expression du docteur Smith, cité par M. Edwards.

D'après M. Lefort, l'extension n'aurait été employée, avant les Américains, que dans des intentions différentes des leurs; M. F. Martin, en particulier, aurait eu en la pratiquant un tout autre but que MM. Davis, Sayre, etc. Voici le texte de MM. F. Martin et Collineau :

« Quelles sont, disent ces auteurs, pour une jointure malade, les

conditions du repos? C'est l'immobilité dans une position telle que toutes les parties constituantes de la jointure soient à l'abri de tractions et de *compressions*... Pour *annuler les pressions* que subit la voûte cotyloïdienne, il faut deux puissances agissant en sens contraire; il faut que l'une — puissance extensive — abaisse la tête fémorale; que l'autre — puissance contre-extensive — élève la partie correspondante du bassin. »

Ces idées diffèrent-elles beaucoup de celles des chirurgiens de New-York?

Au surplus, les unes et les autres sont-elles, en effet, réalisées dans la pratique? Pour ne parler que des appareils américains, n'est-ce pas une prétention exorbitante que de soutenir qu'un poids à extension, la nuit, avec le poids du corps pour seul agent de contre-extension, *supprime la pression* des surfaces coxo-fémorales? Que, *dans la station,* une attelle appuyée sur le bas de la cuisse, soulevant un lacs appliqué au périnée, va exercer une véritable extension, alors qu'un pareil bandage n'empêche même qu'imparfaitement le poids du tronc de porter sur la tête du fémur? Il suffit, ce me semble, de se rappeler les expériences des frères Weber sur le cadavre, l'augmentation de pression due à la présence des muscles pendant la vie, pour faire justice de semblables assertions.

Tout ce qu'il est possible d'accorder *à priori* aux chirurgiens américains, c'est que leurs appareils puissent, aussi bien que les nôtres, soutenir l'articulation dans la marche, maintenir son attitude normale et borner ses mouvements, lorsque la position horizontale n'est pas la première condition de la guérison.

Mais on invoque les faits; on affirme que l'usage de ces appareils met fin aux douleurs. Je n'ai pas trouvé d'observations dans lesquelles cela soit manifeste. M. Barwell, chirurgien adjoint de l'hôpital de Charing-Cross à Londres, nous apprend même, dans ses *Leçons* sur la coxalgie, que les malades ne peuvent pas supporter l'attelle à extension quand le lacs n'est pas élastique. Cette élasticité du sous-cuisse, qui existe aussi dans l'appareil de M. Sayre, réduit encore son action.

Ce dernier chirurgien a publié, en 1860, un premier mémoire, que je n'ai pu me procurer; j'ignore s'il contient des faits probants touchant les avantages de son attelle. Ses deux autres mémoires, que M. Lefort a bien voulu me communiquer, ne contiennent que des cas de myotomie suivie de quinze jours de repos horizontal, sur des enfants de six et de huit ans, qui ont ensuite marché avec l'attelle, et qu'on a perdus de vue au bout de trois ou quatre mois.

M. Edwards, que M. Lefort a cité, a bien donné la figure de l'at-

telle américaine; mais il ne l'a employée qu'une fois et seulement dans la position horizontale. Aussi se demande-t-il si le soulagement obtenu n'est pas simplement l'effet du repos. Il pense, d'après les expériences de MM. Weber, que cette extension serait sans influence sur la pression du fémur et de l'os iliaque à l'état sain, mais qu'il en est peut-être autrement pour des os malades.

M. Barwell, partisan des appareils américains, a rapporté quelques observations relatives à leur emploi; mais il y joint le décubitus et il recommande de ne commencer à lever le malade que lorsque l'inflammation et les douleurs sont apaisées.

Un autre procédé américain, la ponction de l'articulation, dont M. Verneuil a dit un mot, mérite d'être mentionné avec quelque détail. M. Bauer, de Brooklyn, dans un mémoire publié en 1859, dit cette opération indiquée lorsqu'un épanchement abondant donne lieu à de vives douleurs et à une attitude très-défectueuse. Il assure qu'aussitôt après l'évacuation du liquide, le membre peut être aisément porté dans tous les sens. Il s'est servi, pour cette ponction, tantôt d'un ténotome pointu, tantôt d'un petit trocart; mais il préfère ce dernier instrument. On l'enfonce obliquement dans le point où la fluctuation est le plus sensible; c'est ordinairement à un peu moins d'un pouce au-dessus et en arrière du grand trochanter. M. Bauer a pratiqué cette opération une cinquantaine de fois; il lui associe la myotomie quand les muscles sont contracturés.

M. Sayre conseille aussi la ponction de l'articulation, mais il n'en dit qu'un mot et ne paraît pas l'avoir pratiquée. M. Barwell en parle plus longuement et confirme les avantages de cette pratique.

Que devons-nous en penser? A défaut d'observations personnelles, le plus sage, je crois, est de suspendre son jugement et de se livrer à de nouvelles recherches sur ce point.

Le traitement mécanique, institué par Bonnet, est-il, comme il l'admettait, un moyen prompt de soulagement dans la coxalgie? Oui, si l'on ne tient compte que de l'immobilisation; non, si l'on a égard aux suites immédiates du redressement forcé, cause à peu près constante d'irritation, de douleurs, quelquefois légères, ordinairement de courte durée, mais, dans certains cas, plus prolongées et pouvant alors aggraver le mal. Je voudrais pouvoir dire, avec M. Verneuil, que cette méthode a transformé le pronostic. Sans doute elle prévient des luxations, des difformités graves; elle place le malade dans les conditions les plus favorables à la guérison; mais elle ne le guérit pas par elle-même; elle ne peut rien contre le fond du mal. Aussi voyons-nous, comme autrefois, des cas fort graves, même mortels, soit par l'intensité d'action de la cause, soit par l'influence des diathèses, ou bien

par suite d'une lésion profonde, primitive ou consécutive, du tissu osseux. Le redressement lui-même n'est pas toujours conservé; on peut se trouver dans la nécessité de renoncer à la contention, tantôt parce qu'il survient des accidents de suppuration, tantôt à cause de la violence des douleurs; en raison de ce dernier fait, M. Verneuil a peut-être établi d'une manière trop générale que, plus les symptômes sont aigus, plus le redressement a de chances de succès.

Quatrième cas. La coxalgie a atteint une période avancée; elle se complique de détérioration de la constitution, de luxation, d'abcès.

J'applaudis à la réserve recommandée dans ce cas par M. Verneuil au point de vue du traitement mécanique, qui n'est alors indiqué qu'exceptionnellement. Le cas malheureux, rapporté dans l'excellent et consciencieux travail de M. Busch, est attribué par l'auteur, non-seulement, comme l'a déjà dit M. Verneuil, au peu d'intervalle qui a existé entre les deux redressements, mais encore, et surtout, au mauvais état général de la malade; il se déclara, au dedans et au dehors de l'articulation, un énorme phlegmon, qui l'emporta.

Je m'abstiens, en général, de tentatives de redressement brusque, lorsqu'il existe un ou plusieurs abcès, ouverts ou non. Tout ce qu'on peut faire alors, c'est de tâcher d'arrêter le progrès des déviations à l'aide de bandages aussi simples et aussi doux que possible. Cependant il est des indications particulières qui justifient et même prescrivent le redressement. Ainsi, chez une jeune fille, que je voyais avec un de nos honorables collègues pour une coxalgie rhumatismale suppurée, la gêne des mouvements était telle que la pauvre malade ne pouvait garder le lit un seul instant, clouée sur un fauteuil où elle avait à peine quelques moments de sommeil. Nous nous décidâmes à redresser le membre pendant l'anesthésie et à placer la gouttière de Bonnet. Le calme ne tarda pas à renaître; l'état général en fut amélioré; la malade put être transportée dans son pays et, quoique la terminaison ait été fatale, le redressement n'en avait pas moins été utile.

Ce n'est que dans des circonstances très-favorables que je voudrais tenter la réduction d'une luxation coxalgique complète pendant la durée de l'affection articulaire; mais la luxation incomplète, ou en voie de formation, est le triomphe de la méthode de Bonnet. J'ai vu plusieurs fois, chez les enfants, comme dans le cas observé par M. Verneuil, la tête du fémur, très-saillante à la fesse par suite d'une attitude vicieuse fort exagérée, rentrer dans la cavité cotyloïde sous l'influence d'efforts peu énergiques, en faisant entendre ce claquement particulier qui est l'indice de la réduction.

Cinquième cas. La coxalgie est guérie, mais elle a laissé à sa suite

une attitude vicieuse ou une luxation, ou bien encore une ankylose.

De même que M. Verneuil, je considère ici les indications du traitement mécanique comme très-limitées. Une gêne considérable de la marche peut seule autoriser des tentatives de réduction ou de redressement forcé. Lorsque, malgré la claudication, les mouvements sont assurés, lorsque le sujet fait aisément plusieurs lieues à pied, il vaut mieux laisser subsister la difformité que de s'exposer à reproduiro les accidents, surtout si la maladie a présenté de graves péripéties.

Dans la luxation, on réussit quelquefois à corriger une attitude gênante du membre sans remédier au déplacement. M. J. Pravaz vient de publier un succès de ce genre obtenu par le redressement *graduel.*

M. VELPEAU. Je ne veux pas entrer dans cette discussion, qui me paraît épuisée; je veux seulement dire qu'il y a été beaucoup question de l'*extension* et de la *contre-extension*, et que j'ai été étonné d'en voir parler comme d'une chose nouvelle qu'on attribue aux Américains. Or, il y a plus de vingt ans que je la préconise dans mes leçons cliniques et que je l'applique dans mon service. Plusieurs des membres de cette Société, qui ont été mes internes, l'ont employée sous ma direction.

C'est un excellent moyen par lequel je me propose d'empêcher les surfaces articulaires de presser l'une contre l'autre.

Pour atteindre ce but, j'ai construit bien des appareils plus ou moins défectueux, et celui auquel je me suis arrêté consiste en trois pièces principales :

1° Une sorte de *croupière* qui embrasse l'aine et la fesse, et dont les chefs vont se fixer à la partie supérieure du lit;

2° Un *étrier* qui entoure les malléoles et est attaché en bas;

3° Enfin des *alèzes* pliées en cravates dont le plein passe en travers sur la partie moyenne du membre, et dont les extrémités sont attachées de chaque côté du lit, le malade étant ainsi maintenu dans le décubitus dorsal.

M. LEFORT. Je tiens à faire remarquer qu'avant de citer les Américains, j'avais dit que M. Velpeau avait depuis longtemps employé l'*extension* et la *contre-extension.*

— La séance est levée à cinq beures et demie.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin général de thérapeutique;*

Le *Compte rendu des travaux de la Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée.*

— M. Larrey présente, au nom de M. Dauvé, la suite d'une observation d'amputation sous-astragalienne envoyée précédemment.

Un rapport sur la statistique médicale de l'armée pendant 1862, par M. Jules Perrier, extrait du *Bulletin de la Société médicale d'Alger.*

COMMUNICATION.

M. DELORE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national, une observation de *palato-plastie avec lambeaux périostiques.*

Commissaires : MM. Marjolin, Panas et Tarnier.

Suite de la discussion sur la coxalgie.

M. GIRALDÈS. Je n'avais pas l'intention de rentrer de nouveau dans la discussion. L'intervention de M. Bouvier dans ce débat m'engage à renoncer à cette idée, afin surtout de ne point laisser sans réponse quelques-unes des assertions de notre collègue.

Autrefois, au conseil d'État, dans les grandes discussions, G. Cuvier laissait parler tout le monde, et, prenant ensuite la parole, il résumait la discussion dans un admirable langage et avec une précision de pensée dont lui seul avait le secret. Ici, comme ailleurs, M. Bouvier *imite assez volontiers* le procédé de l'illustre naturaliste ; il présente des résumés dans lesquels brille une grande netteté d'exposition, et qu'on écoute avec grande satisfaction, alors même qu'on n'est pas de son avis. Dans les deux discours qu'il a prononcés, il a avancé des assertions qu'on ne doit pas laisser passer sans quelques réserves, et c'est pour leur opposer des propositions contraires que je prends la parole. Afin de préciser le débat, je m'arrêterai seulement à trois

points de son discours : l'*étiologie*, le *diagnostic* et le *traitement* de la coxalgie.

M. Bouvier considère la coxalgie traumatique comme fréquente; il dit : « La coxalgie traumatique que je serais en droit de mettre en tète par ordre de fréquence. »

A l'appui de cette proposition , il ajoute : « Tout le monde connaît les remarquables observations de J. L. Petit et de Sabatier. »

J'opposerai d'abord à l'assertion de notre collègue l'opinion d'un éminent chirurgien , qui s'est occupé d'une manière spéciale des maladies articulaires. Sir B. Brodie, en 1850, dans la cinquième édition de son livre sur les maladies des articulations, quatorze ans après la quatrième édition, s'exprimait ainsi : « Plus mon expérience augmente, plus je suis convaincu que les maladies de la hanche occasionnées par une cause directe sont comparativement rares. »

Comme M. Bouvier invoque à l'appui de son dire les autorités imposantes de J. L. Petit et de Sabatier, il est peut-être bon de consulter les opinions de ces illustres chirurgiens.

J. L. Petit (*Mém. de l'Acad. des sc.*, 1722), dans un tout petit Mémoire de deux pages et demie, parle d'une dame qui, étant tombée sur le grand trochanter deux mois auparavant, a été prise de douleurs rhumatismales de la hanche et de la cuisse ; Petit reconnut chez elle « tous les signes d'une luxation en haut et en dehors. » Voilà tout. De ce fait, il conclut à sa théorie bien connue sur le mécanisme du déplacement spontané de la hanche. Sabatier (*Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. V), sur les luxations consécutives du fémur, cherche seulement à montrer que les déplacements du fémur peuvent être occasionnés par une cause différente de celle indiquée par Petit. Il relate cinq observations : la première a pour sujet un enfant de treize ans tombé sur le genou un an auparavant, et chez lequel il y avait un dépôt considérable de la partie antérieure, et chez lequel le fémur s'est luxé. Les deux suivantes ont été recueillies chez deux soldats âgés de trente-cinq ans. La quatrième, chez un homme âgé de soixante ans ; la cinquième, enfin, a trait à un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, et chez lequel le mal s'est produit à la suite d'un refroidissement. Comme on peut le voir, tout cela n'a pas le moindre rapport avec la coxalgie des enfants, et n'autorise nullement notre collègue à s'appuyer sur l'opinion de ces illustres chirurgiens, pour dire que la luxation traumatique doit être *placée* en tête par ordre de fréquence. Laissons d'ailleurs les citations, et voyons ce que donne l'observation.

Les coxalgiques d'un, deux, trois, quatre, six et huit ans, le nombre en est malheureusement grand, ont-ils été soumis à des causes trau-

matiques, et reste-t-il encore la ressource de dire que ce sont des apprentis surmenés? Dans tous ces cas, la maladie s'est produite par une cause générale, par une manifestation de la scrofule. Dans un tableau de 133 observations de résections du fémur, dans des cas de coxalgie, 50 comprennent des enfants jusqu'à l'âge de huit ans.

Il est évident, pour quiconque y regarde de près, que les lésions traumatiques, comme cause primordiale des coxalgies, sont loin d'être comparativement aussi fréquentes. D'ailleurs, la coxalgie traumatique présente des allures bien différentes : les symptômes sont plus accusés, la marche est plus rapide. Il n'est pas étonnant que cette différence ait échappé à notre collègue; en effet, M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, chargé d'un service de maladies aiguës internes, et dans lequel les malades coxalgiques ne pouvaient entrer que par grande tolérance, par une violente entorse donnée au règlement, ou encore par un drainage appliqué au service de la chirurgie, rien d'étonnant, dis-je, qu'il n'ait pas eu l'occasion de bien étudier les coxalgies traumatiques et les coxalgies à leur début, qu'il ne différencie pas complétement.

M. Bouvier n'admet pas que les coxalgies scrofuleuses soient les plus fréquentes, et il ajoute : « A part les cas relativement peu nombreux de maladie strumeuse évidente, ou de rhumatisme manifeste, rien de plus vague que la détermination de la nature scrofuleuse de la coxalgie; il ne suffit pas, dit-il, qu'elle affecte des enfants, qu'elle coïncide avec le tempérament lymphatique, etc., etc. » Contre cette proposition, on pourrait opposer M. Bouvier à lui-même. Il y a dix ans, dans ses excellentes leçons sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, M. Bouvier disait que la constitution lymphatique, la diathèse scrofuleuse qu'elle détermine, la diathèse tuberculeuse, si commune dans l'enfance, jouent un grand rôle dans les affections dont nous devons nous occuper.

A quoi donc M. Bouvier reconnaît-il une coxalgie scrofuleuse?... Cette maladie a-t-elle pour lui un sens, une signification différente de celle admise généralement? S'il en est autrement, son affirmation, malgré le respect que commande son autorité, ne saurait être acceptée. De ce que M. Bouvier a vu des enfants bien portants atteints de coxalgie, faut-il conclure avec lui qu'il en est généralement ainsi, et que tous les phénomènes morbides qui se succèdent, tous les ravages qu'on observe sont le fait de la maladie locale et non de la cause générale qui la détermine? La scrofule, maladie dyscrasique, porte principalement ses manifestations et ses ravages sur les os et sur les extrémités articulaires, et l'observation de tous les jours montre la fréquence des affections articulaires chez des enfants scrofuleux, et

l'aggravation qu'elles éprouvent lorsque la cause primordiale, la scrofule, n'est pas modifiée par une thérapeutique rationnelle.

Diagnostic. — M. Bouvier n'admet pas de signe diagnostique particulier dans la coxalgie. Il reconnaît cinq signes qu'il a indiqués, et, lorsqu'ils ne sont pas réunis, il admet l'hésitation à porter un diagnostic précis; dans cette occurrence, il aurait volontiers recours au signe appelé, par M. Marjolin, signe des maquignons, qu'il regarde comme d'une grande valeur, comme un renseignement précieux.

La coxalgie, à son début, se manifeste par une certaine claudication, accompagnée de quelque roideur dans les mouvements articulaires de la hanche, et plus tard par de la fatigue et de la douleur. Dans la première période les deux phénomènes, claudication et roideur articulaire, bien analysés, permettent, quoi qu'en dise M. Bouvier, d'établir le diagnostic. Il y a plus de trente ans que Benj. Brodie a beaucoup insisté sur l'importance du premier de ces phénomènes, et il affirme qu'il lui a souvent aidé à reconnaître une coxalgie commençante. Dans cette première période, période de début, si on place les jeunes malades debout, les talons rapprochés, le corps d'aplomb sur les hanches, dans la position du soldat sans armes, comme diraient nos collègues de l'armée, on constate alors que les deux talons ne portent point également, que celui du côté affecté relève un peu et détermine une légère inflexion du genou; le poids du corps ne porte pas également des deux côtés. Dans cette position, si on fait partir les malades, on constate que la démarche n'est pas égale, qu'une légère oscillation s'opère dans les mouvements du tronc. Qu'on place le malade dans le décubitus dorsal, qu'on cherche à écarter de la ligne médiane le membre soupçonné malade, on constatera qu'il résiste plus que celui du côté opposé, qu'il entraîne le bassin dans l'abduction. Qu'on cherche à imprimer des mouvements de flexion, on constatera aisément que ce mouvement ne se fait pas du côté malade, dans l'articulation coxo-fémorale, mais bien dans la colonne vertébrale; que le bassin est entraîné dans la flexion, l'épine iliaque antérieure et supérieure décrivant des arcs de cercle. Or, cette roideur articulaire, cette modification dans les phénomènes mécaniques, M. Bouvier n'y attache pas grande importance pour donner plus de valeur au signe des maquignons, et il préfère fermer les yeux, écouter le battement inégal de la marche des coxalgiques que de préconiser un phénomène visible et tangible. C'est, à mon avis, une grande erreur en clinique de vouloir substituer un signe empirique à un signe rationnel. Personne ne conteste qu'une oreille délicate, qu'un observateur exercé à ce genre d'exercice ne reconnaisse ainsi une coxalgie à son début; de même qu'un jardinier reconnaît une plante au simple port, sans avoir re-

cours à la floraison pour en déterminer la famille; mais, on en conviendra, ce sont des choses d'instinct, des faits individuels qui ne peuvent pas être élevés à la puissance d'une valeur clinique. D'ailleurs mille causes peuvent dans ce cas tromper l'observateur, les remarques sur les causes de la claudication par Camper, Delpech et Brodie le prouvent suffisamment.

Traitement. — M. Bouvier a exposé avec grand soin les avantages et les inconvénients des appareils employés dans le traitement de la coxalgie, il a indiqué en partie les inconvénients d'un appareil dont le seul mérite consiste dans une récompense académique, de celui-là je ne parlerai pas; le silence est le meilleur service qu'on puisse lui rendre; il a oublié de mentionner les appareils modelés en plâtre, en gutta-percha, en cuir bouilli, appareils dont les avantages ont été constatés par Brodie, Hilton, Paquet (de Roubaix), Hergott, Langenbeck, etc., etc. Cela est d'autant plus regrettable que ce genre de moyens peut offrir aux praticiens des ressources précieuses.

Dans le redressement des coxalgies, M. Bouvier donne la préférence à la méthode par redressement graduel, il la préfère de beaucoup au redressement rapide, c'est-à-dire que notre collègue préfère infliger aux enfants coxalgiques une torture journalière, les exposer à une cause incessante d'irritation, et cela parce que par la méthode contraire il faut se servir du chloroforme; car, dit-il, il ne faut pas jouer avec le chloroforme, surtout chez les enfants! En s'exprimant de la sorte, M. Bouvier veut-il dire qu'il y a danger à employer le chloroforme chez les enfants? Ce serait de la part de notre collègue une *complète erreur*. Les enfants supportent très-bien cet agent anesthésique, et laisser soupçonner un seul instant qu'il y a danger à soumettre les petits malades à cette pratique, est une assertion qu'on doit repousser aussi loin que possible.

En terminant, M. Giraldès met sous les yeux de la Société un appareil modelé en plâtre, ainsi que l'attelle de M. Sayre. D'après M. Giraldès, les appareils plâtrés recouverts de vernis de copal jouissent de la propriété de n'être pas pénétrés par l'eau.

M. BOUVIER. Je n'ai pas à répondre à M. Giraldès, je veux seulement dire bien haut que j'ai été mal compris par notre collègue, probablement parce que je ne me suis pas suffisamment expliqué. Je tiens donc à répéter que, loin de rejeter l'emploi du chloroforme chez les enfants, je m'en sers tous les jours et n'ai jamais cessé de le préconiser.

M. LEFORT demande à M. Giraldès s'il est bien sûr de la complète imperméabilité des appareils plâtrés recouverts du vernis de copal.

M. GIRALDÈS répond affirmativement.

M. FOLLIN. Je dois dire que j'ai expérimenté ces appareils recouverts de vernis dit imperméable, et mes essais n'ont nullement réussi. J'avais cependant eu le soin de me conformer à la formule donnée pour la préparation du vernis.

Sur la proposition de M. Lefort, appuyée par M. Follin, le spécimen présenté par M. Giraldès est plongé dans l'eau à quatre heures et demie. A la fin de la séance (cinq heures vingt), il en est extrait dans un état de ramollissement complet; l'eau a pénétré par les deux faces, et le plâtre se détache par morceaux avec la plus grande facilité.

M. VERNEUIL. J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. Bouvier, et je constate avec plaisir l'accord qui règne entre nous sur les points les plus essentiels. Néanmoins, nous nous séparons de temps à autre en ce qui concerne surtout la classification et la nomenc'ature. Je ne me suis pas rendu aux premières objections et je persiste même après celles de M. Bouvier, non par entêtement, mais parce que je crois être dans le vrai.

Tout le monde a combattu l'expression de *coxalgie hystérique*, mais on n'a pas proposé d'autre terme pour représenter l'ensemble des symptômes auquel ce nom paraît s'appliquer. D'après les idées émises il faudrait une longue périphrase; celle-ci par exemple : *contracture douloureuse des muscles péri-articulaires de la hanche sans lésion de la jointure*. Cette définition, que sa longueur rend incommode, a de plus l'inconvénient de décider une question précisément en litige, c'est-à-dire l'intégrité absolue des éléments articulaires. Il est vrai qu'au bout d'un temps, même fort long, on ne constate dans l'articulation ni adhérences, ni altérations imputables à l'inflammation. Tous les phénomènes semblent résider uniquement dans les muscles. Mais n'y aurait-il point névralgie articulaire avec congestion, vascularisation de la synoviale provoquant par action réflexe la contracture musculaire ? Cet état bien différent de l'arthrite ne pourrait-il pas à la longue se métamorphoser et finir par une coxalgie confirmée ? Je ne considère pas la chose comme impossible et je pense qu'il serait difficile de démontrer le contraire. J'ai observé ces jours-ci le fait suivant : une fille de onze ans, appartenant à une famille aisée, fut atteinte, étant plus jeune, d'accès violents et répétés de laryngite striduleuse des mieux caractérisés. Chaque année, au printemps et à l'automne, la maladie revenait avec régularité. Depuis deux ans cette névrose a complétement disparu, elle est remplacée, aux mêmes époques, par des accès de douleurs dans la hanche gauche. L'enfant se plaint un jour d'une douleur dans le pli de l'aine et de claudication. Le repos au lit et quelques applications topiques font en quelques jours justice de la douleur, mais on voit persister pendant quelque temps les phénomènes

suivants, que j'ai constatés tout récemment avec le médecin ordinaire, homme fort instruit qui a bien voulu me demander mon concours.

Les deux membres sont parfaitement symétriques, bien nourris et irréprochablement conformés; nulle déviation; aucune trace de douleur, quelle que soit la manœuvre mise en usage. Cependant il existe une forte ensellure qu'on ne fait disparaître qu'en fléchissant au tiers la cuisse gauche. Dès que ce mouvement dépasse l'angle droit, le bassin bascule. L'abduction est encore plus limitée, on ne peut la porter au tiers de son étendue sans qu'aussitôt l'épine iliaque se déplace. Voici la quatrième fois que ces symptômes se reproduisent du même côté et sous une forme identique. Le médecin ordinaire s'en alarma, car il a vu la maladie suivre absolument la même marche chez une fillette à peu près du même âge, chez laquelle, un beau jour, s'est produite brusquement une déviation très-prononcée que l'usage prolongé de la gouttière n'a pas fait disparaître et qui s'accompagne d'une roideur extrême de la jointure.

Quel nom donner à cette affection coxale? Où se trouve le point d'irritation qui sollicite la contraction réflexe? Quel pronostic pourrait-on porter si le mal était négligé? Quel inconvénient voit-on à dire qu'il y a coxalgie hystérique ou spasmodique, si l'on veut? on dit bien laryngite striduleuse pour caractériser une affection dans laquelle le spasme et la congestion dominent l'inflammation.

Pour séparer nettement ces contractures de la coxalgie comme le veulent mes contradicteurs, il faudrait avoir des signes différentiels bien accusés, invariables à toutes les périodes. Malheureusement, au jour actuel, il n'en est pas ainsi, on peut soupçonner la contracture idiopathique, mais non l'affirmer. C'est le chloroforme qui résout le problème. J'accorde que dans des cas comme ceux de Robert, il rend de grands services. Mais, au début, il ne tranche pas la question sans appel. J'ai déjà dit que dans les coxalgies récentes, on faisait parfois, pendant l'anesthésie, disparaître sans la moindre violence des déviations très-prononcées. L'anatomie pathologique explique ce fait. L'arthrite n'en existe pas moins. Il serait imprudent de la nier en se fondant uniquement sur l'absence de rigidité.

J'ai déjà cité l'étudiant en médecine de Passy; il ressentait des douleurs atroces et présentait une déviation extrême lorsque je tentai le redressement. Celui-ci s'effectua sans la moindre difficulté, et je rendis en un instant aux deux membres toute leur symétrie, abstraction faite d'un peu d'élévation du bassin. La marche du mal, les retours fréquents du spasme, la prédominance des phénomènes névralgiques, l'absence de toute diathèse (sauf du côté des parents qui sont tous deux arthritiques), me font toujours penser à une coxalgie spasmo-

dique. Depuis un an je me contentais de ce diagnostic, quand, il y a un mois environ, j'ai vu apparaître à la partie supérieure et externe de la cuisse un abcès volumineux qui ruine mon hypothèse.

En résumé la contracture, au début et même dans la suite, simule, à s'y méprendre, la coxalgie, et réciproquement : mêmes douleurs, mêmes déviations, mêmes troubles fonctionnels, mêmes indications fondamentales, c'est-à-dire nécessité de resserrer et d'immobiliser le membre pendant un certain temps. En regard de ces ressemblances se trouvent, il est vrai, des différences que mettent en lumière l'anesthésie et les symptômes généraux constitutionnels, mais il me semble que l'addition au terme générique d'un adjectif qualificatif suffit amplement à la clarté du langage.

Jusqu'à nouvel ordre, au point de vue de la pratique, je rapprocherai donc toutes ces variétés dont la parenté est établie par des degrés communs et des indications thérapeutiques analogues, puis je tiendrai compte, par les divisions secondaires, de la nature des processus morbides prédominants dans les cas particuliers.

C'est de la même manière que je défendrai la division des formes de la coxalgie. J'en ai admis trois : *l'hystérique*, sur laquelle je ne reviens pas, puis la *rhumatismale*, enfin la *scrofuleuse*. Ici encore les critiques n'ont pas fait défaut. On m'a reproché d'avoir fait une énumération incomplète; d'avoir, par exemple, laissé de côté les coxalgies traumatiques et celles qui succèdent aux exanthèmes. M. Bouvier préfère s'en tenir à la division anatomique des arthropathies en général, et admet des coxalgies des parties molles et des coxalgies des parties dures, il adopte complétement les vues de M. Richer, qui du reste sont le développement perfectionné des idées professées depuis longtemps par M. Velpeau.

Eh bien! malgré toutes ces autorités, je ne me rends pas; je persiste dans mes errements, et voici pourquoi : d'abord ce serait multiplier sans avantage les divisions que de compter autant de variétés qu'il y a de causes occasionnelles. Il faudrait décrire, outre les trois formes que j'ai admises, une coxalgie morbilleuse, une autre varioleuse, une troisième scarlatineuse, une quatrième succédant à la fièvre typhoïde, etc., puis je prétends que la grande majorité des cas rentre sans peine dans le cadre que j'ai tracé.

On m'oppose les coxalgies traumatiques se développant à la suite d'une chute chez des enfants robustes et bien portants, indemnes de scrofule. Or, ces cas, qui paraissent communs à mes contradicteurs, sont, à mes yeux, d'une extrême rareté. Le traumatisme, il est vrai, sévissant sur l'articulation parfaitement saine d'un sujet parfaitement sain, peut faire naître une arthrite coxo-fémorale franche d'une durée

limitée et qui cédera sans peine au repos et aux antiphlogistiques. Chez l'adulte et le vieillard, une chute sur le grand trochanter, une fracture du col, une luxation de la hanche, amèneront des lésions articulaires, des roideurs consécutives, une fausse ankylose, la *morbus coxæ senilis*, mais non la véritable coxalgie avec ses déviations, sa contracture, ses douleurs, ses abcès, ses altérations osseuses. Pour que cette dernière affection se produise, il faut une prédisposition qui, chez les enfants, n'est autre que la scrofule. Il est vrai que je fais à cette cause la part très-large, que je la reconnais à l'état latent là où bien d'autres la contesteraient; elle peut exister chez un enfant de très-belle apparence actuelle, mais qui antécédemment aura présenté quelques scrofulides cutanées ou muqueuses, quelques engorgements glandulaires, etc. Si je ne découvre rien chez le petit sujet, je remonte aux antécédents, j'apprends que le père ou la mère, un oncle ou une tante, des frères ou des sœurs ont été manifestement scrofuleux. Je scrute ces familles comme le faisait Lugol, et il est bien rare que je ne constate pas l'hérédité directe ou indirecte. Je sais encore que la forme fixe et circonscrite de la scrofule peut marquer le début de cette terrible maladie générale et éclater sous l'influence d'une cause occasionnelle très-légère en apparence. Bien des fois, alors que les parents accusaient une chute d'avoir causé la coxalgie, j'ai pu, par un interrogatoire minutieux, m'assurer que la maladie avait précédé l'accident de plusieurs mois.

La coxalgie peut se montrer subitement à la suite d'une maladie aiguë tout à fait étrangère à la scrofule. Je viens tout récemment encore d'en voir deux exemples : chez une petite fille de trois ans que je soigne avec le Dr Gocherand; il s'agissait d'une coqueluche très-rebelle. Sur une autre de six ans, il y a eu une succession funeste d'affections graves, coqueluche, angine, extirpation des amygdales, érysipèle de la face, pleuro-pneumonie, actuellement encore péritonite chronique. Il n'y a guère qu'un mois que la hanche droite est prise d'une arthrite horriblement douloureuse. Or, si ces deux enfants jouissaient autrefois d'une bonne santé, s'ils appartiennent à des parents robustes, il n'en est pas moins vrai que la maladie antérieure les a profondément débilités, à ce point qu'en les abordant aujourd'hui, ils ont toute l'apparence de petits scrofuleux. La seconde, entre autres, présente un facies si caractéristique qu'il m'a fallu l'auscultation la plus attentive pour me convaincre qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculisation pulmonaire très-avancée. Au reste, la péritonite chronique qui existe remplace bien, au point de vue du pronostic, l'affection thoracique que je soupçonnais.

Mêmes remarques pour les coxalgies qui succèdent aux fièvres

continues et exanthématiques. Toutes ces maladies générales dépriment les forces et font descendre rapidement la santé générale jusqu'au niveau où la place la scrofule confirmée.

Ce que j'ai dit du traumatisme, je le répéterai du froid agissant brusquement ou d'une manière lente; il faut bien se garder de considérer comme rhumatismale toute coxalgie paraissant née sous son influence. Le froid sous toutes ses formes est un des promoteurs les plus actifs de la scrofule et de ses manifestations osseuse et articulaire.

Je concevrais qu'on adoptât la classification préconisée par M. Bouvier si elle jetait une grande lumière sur le diagnostic et dirigeait efficacement le traitement; mais j'affirme qu'il n'en est rien. Pour les articulations découvertes, comme le genou, le coude, le pied, il est en général facile de reconnaître si les os ou les parties molles sont primitivement affectées; pour la hancho, je considère la distinction comme presque impossible dans la pluralité des cas, à moins qu'on ne soit arrivé aux dernières périodes. Au bout d'un certain temps, l'altération osseuse entraîne des lésions graves dans la synoviale, dans la capsule et dans les parties ambiantes. La réciproque est vraie. La combinaison des désordres qui ne tarde pas à se faire rend la distinction difficile aussi bien que stérile, quelle que soit la causo prédisposante ou efficiente d'une coxalgie. L'articulation peut devenir le siége de toute la série des lésions anatomiques, depuis la simple inflammation séreuse jusqu'à la destruction des os. Pendant des mois entiers, j'ai soigné des coxalgiques sans pouvoir décider s'ils avaient une arthrite ou une ostéite, ou tous les deux à la fois. Le caractère des douleurs n'apprend rien, la formation des abcès pas davantage, car ils peuvent être circonvoisins. La nature du pus et même la dénudation osseuse constatée au stylet, ne sont pas pathognomoniques, car l'ostéite, la carie, la nécrose parcellaire, peuvent n'être que consécutives. A l'autopsie même, la question du point de départ ne peut pas toujours être résolue. J'attends donc de M. Bouvier ou de tout autre un tableau satisfaisant des signes qui permettront de connaître au début la coxalgie osseuse et celle des parties molles. Je n'ignore pas que l'on a assuré la prétention de porter ce diagnostic dans un livre dont il a été plusieurs fois déjà parlé dans cette enceinte et que l'Institut a jugé bon de récompenser généreusement, mais j'en appelle à ceux qui ont la moindre expérience du sujet; ils reconnaîtront comme moi que le parallèle établi entre les deux formes anatomiques est de pure fantaisie.

Je profite de cette circonstance pour rétablir la vérité sur un fait que j'ai cité dans ma première communication. Je veux parler de

l'enfant du Midi chez lequel une semi-luxation m'avait fait craindre une coxalgie osseuse et un abcès; celui-ci n'ayant pas paru au bout de plusieurs mois et toute douleur ayant cessé, j'étais rassuré. Mais depuis le commencement de la discussion, on a ramené le petit malade, et j'ai constaté à la partie supérieure et externe de la cuisse une vaste collection purulente dont je m'efforce actuellement d'obtenir la guérison. Voici la troisième fois que je rencontre ces abcès consécutifs à marche très-lente et à apparition très-tardive.

Enfin, je me demande quelles indications thérapeutiques ressortent de la classification anatomo-pathologique, et je n'en vois pas, tandis que la notion de la diathèse qui a favorisé le développement de la coxalgie permet dès le début d'instituer un traitement utile et efficace.

On ne m'accusera pas de mépriser l'anatomie pathologique; mais une fois la localisation établie, et quand on en vient au traitement, j'avoue hautement ma prédilection pour les divisions fondées sur l'étiologie. C'est ainsi que le progrès s'est fait pour les maladies de la peau, des yeux, du système osseux, etc. Toutefois, si une opération chirurgicale est indiquée, la connaissance des lésions et de leur étendue reprend toute son importance, mais le cas est rare pour la maladie qui nous occupe.

J'ai peu de chose à répondre au reste du discours de M. Bouvier, puisque nous sommes d'accord sur les points principaux. J'avais avancé qu'au début du mal, on rencontrait aussi souvent le raccourcissement que l'allongement apparent. M. Bouvier pense que cette dernière déviation est la plus commune. Il a raison; j'ai consulté mes notes et pris l'avis de confrères compétents, et je reconnais mon erreur. Je maintiens cependant que le raccourcissement peut ouvrir la marche. Il y aurait cependant à ce propos lieu de modifier le langage. Il faudrait dire *abaissement du bassin* au lieu d'allongement apparent. Car s'il y a en même temps flexion de la cuisse à angle droit, comme je l'ai vu deux fois depuis quelques mois, il est inexact de dire qu'il y a allongement apparent, alors que le talon est à 8 ou 10 centimètres du sol. L'excédant de longueur n'est manifeste que lorsque le redressement est effectué ou que la flexion est médiocre.

Contrairement à M. Bouvier, qui pense que l'alternance entre le raccourcissement et l'allongement n'a lieu qu'au début, j'affirme que chez le même malade le bassin peut monter ou descendre plusieurs fois. L'enfant du vétérinaire m'en a fourni la preuve.

M. Bouvier croit qu'il n'est pas prudent de faire lever et marcher le malade aussi vite que je le recommande. Il veut que le redressement soit suivi d'un long repos; il invoque l'autorité de Bonnet, qui main-

tenait les opérés au lit au moins pendant huit ou dix jours. Je maintiens mes premières assertions, tout en faisant remarquer que, procédant avec plus de douceur et de ménagement que le chirurgien de Lyon, je provoque beaucoup moins d'inflammation dans la jointure, ce qui fait que les douleurs consécutives au redressement cessent beaucoup plus vite.

Je ne reviens pas sur la question du chloroforme dont M. Bouvier me reproche de n'avoir pas assez peur. M. Giraldès vient de répondre comme je l'aurais fait. Je continue à penser que le redressement progressif s'obtient très-rarement, pour peu que la lésion articulaire soit sérieuse; j'ajoute que les résultats en sont souvent incomplets, qu'il ne remplit pas enfin l'indication première de mettre rapidement un terme aux douleurs.

J'ai dit que plus le mal présentait d'acuïté, mieux le redressement réussissait : cette supposition a étonné M. Bouvier; elle exige en effet quelques éclaircissements. J'entends par là que lorsque l'articulation est le siége de douleurs très-vives, le redressement s'effectue d'ordinaire sans grandes difficultés, ce qui réussissait à calmer promptement les souffrances; il produit une amélioration relativement plus évidente, plus nécessaire, plus utile que dans les cas chroniques.

Je persiste dans ce que j'ai avancé sur la meilleure attitude à donner au membre; placer de parti pris la cuisse dans la demi-flexion me paraît une pratique détestable pour le présent et l'avenir, c'est condamner le membre à une attitude vicieuse et irrémédiable. J'adopte donc le principe de Bonnet, et je cherche à obtenir l'extension complète. On n'y arrive d'ailleurs que rarement et dans des cas légers ou récents, c'est-à-dire quand les lésions articulaires sont assez peu avancées pour qu'on puisse espérer le rétablissement plus ou moins complet de la mobilité articulaire.

Dans les deux cas que M. Bouvier a empruntés à Busch, je ferai remarquer que l'ankylose rectiligne n'était point le fait d'un redressement accompli par le chirurgien, elle avait pris naissance spontanément à la suite probablement d'un rhumatisme. C'est dans cette dernière catégorie de fait qu'il y aurait lieu peut-être d'accepter l'objection contre l'extension extrême.

Un dernier point me sépare en apparence de M. Bouvier, en ce qui concerne le pronostic, il est moins optimiste que moi et considère toujours la coxalgie comme une affection très-grave. Comme lui, j'ai admis des cas au-dessus des ressources de l'art par le fait de complications générales ou locales. Mais j'ai avancé et j'avance encore que lorsque l'articulation seule est malade et qu'on intervient à temps, on parvient dans le plus grand nombre des cas à entraver les progrès du

mal, à éviter les lésions articulaires profondes et à conserver un membre utile, sinon en possession de toute son intégrité fonctionnelle.

M. MARJOLIN. On a jusqu'à présent beaucoup parlé de la coxalgie de l'enfance, je voudrais bien que ceux de nos collègues qui se trouvent placés à la tête de services d'adultes voulussent bien nous faire part de ce qu'ils voient chez les individus parvenus à leur entier développement. Nos collègues des hôpitaux militaires doivent en effet rencontrer de temps en temps des coxalgies survenues chez des soldats, à la suite des campements ou encore après les chutes fréquentes qu'entraînent les exercices d'équitation.

Je termine par une dernière observation qui m'est suscitée par une phrase de M. Giraldès, qui ne doit pas passer ici sans protestation, car on pourrait en induire que nous faisons sur les malades de nos hôpitaux ce que nous ne ferions pas en ville.

Notre collègue a dit, en parlant du diagnostic, qu'il était plus difficile à porter en ville qu'à l'hôpital, parce qu'on ne pouvait pas toujours aussi facilement y avoir recours au chloroforme. Si je trouvais chez les parents une opposition à l'emploi du chloroforme alors que je le crois utile, je n'hésiterais pas un seul instant devant ce manque de confiance et je me retirerais. Comme M. Verneuil, je considère la coxalgie traumatique comme très-rare; la scrofuleuse, au contraire, est très-commune. Aussi n'ai-je eu que quatre ou cinq fois l'occasion de faire des émissions sanguines.

M. DEPAUL demande si la société voudrait s'occuper de la partie de la question relative à l'influence de la coxalgie sur la conformation du bassin.

M. TRÉLAT. Le problème posé par M. Depaul est fort intéressant, mais il me semble qu'il serait avantageux de le séparer complétement de la question pendante.

M. GIRALDÈS fait observer à M. Depaul qu'il est inscrit pour prendre la parole et qu'il pourra, s'il le juge à propos, envisager la coxalgie au point de vue de la déformation du bassin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. TRÉLAT présente deux femmes opérées toutes deux, avec succès : l'une d'une division accidentelle, l'autre d'une fissure congéniale du voile du palais.

Chez l'une, la phonation est très-vicieuse; chez la seconde, elle est presque normale. Du reste, M. Trélat se propose de prendre plus tard la parole sur ces faits.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

— M. Depaul fait hommage de son *Rapport* sur la syphilis vaccinale devant l'Académie de médecine.

— M. John Birkett, chirurgien de l'hôpital de Guy, membre correspondant étranger, adresse à la Société trois brochures intitulées :

1° *A Memoir of a remarkable case of disease affecting the shaft of the tibia ;*

2° *Spontaneous anevrism of the brachial artery cured by compression ;*

3° *A case of arrest of development of the humerus.*

— M. Larrey offre à la Société, au nom du comité central français, les statuts généraux de la Société de secours aux blessés militaires.

— M. Desormeaux présente, au nom de M. Petit, un Mémoire manuscrit intitulé : *De la pustule maligne dans le canton de Saint-Nazaire.* (Commissaires : MM. Bolnet, Desormeaux, Giraldès.)

A propos du procès-verbal :

M. GUERSANT fait observer que lui aussi n'a vu que très-rarement des coxalgies traumatiques.

— **M. GIRALDÈS** met de nouveau sous les yeux de la Société des spécimens d'appareils modelés en plâtre et recouverts du vernis imperméable de copal, qu'il a plongés dans l'eau froide une heure auparavant. Ils sont mieux conservés que ceux expérimentés dans la dernière séance. Cela tient, dit M. Giraldès, à ce que cette fois on a eu soin de couvrir de vernis non-seulement les deux faces internes et externes, mais aussi les plans de section. Sur les premiers, au contraire, cette précaution n'ayant pas été prise, l'eau, en pénétrant par la tranche, avait soulevé le vernis sous forme d'écailles.

LECTURE.

M. TILLAUX lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, une note intitulée :

Doit-on pratiquer la circoncision pour guérir le phimosis accidentel ?

Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Cullerier, Verneuil et Bauchet.

Discussion sur la coxalgie.

M. LEFORT. En reprenant la parole, je désire commencer par remercier notre savant collègue M. Bouvier de la bienveillance qu'il m'a témoignée dans son argumentation; je répondrai ensuite quelques mots à certaines de ses objections. Et d'abord, pour ce qui est de la classification, je pense qu'il n'y a pas lieu de repousser d'une manière absolue la forme *hystérique* de la coxalgie. Je sais bien qu'à la rigueur il est difficile de prouver dans ce cas l'existence d'une maladie de l'articulation, mais chacun comprend ce qu'on veut entendre pas ces mots *hystérique* ou *spasmodique*, et cette dénomination répond à une période de la maladie que chacun a pu constater chez des sujets qui plus tard ont présenté l'ensemble des signes propres à l'affection qui nous occupe.

Quant au traitement, sur lequel je voudrais surtout revenir, les règles de conduite sont difficiles à formuler : elles varieront nécessairement suivant les cas.

Dans la période avancée de la coxalgie, alors que des abcès se sont formés, tout le monde est d'accord sur la nécessité de l'immobilité absolue. Mais dans une période plus rapprochée du début, alors qu'il n'y a que de la rétraction musculaire, des douleurs plus ou moins vives, de l'ensellure et une attitude plus ou moins vicieuse, il est plus difficile de savoir le traitement auquel on doit accorder la préférence, l'immobilité absolue et longtemps prolongée, comme le veut M. Bouvier, ou l'immobilisation du membre malade, jointe à la déambulation avec les béquilles, comme le préfère M. Verneuil. Eh bien, je crois qu'il y a un juste milieu qui me semble indiqué par la nature même des accidents. Quand la douleur est très-vive, le repos absolu, dans la position horizontale, avec l'appareil de Bonnet, me paraît ce qui doit être préféré. Mais dès que la douleur a cessé d'être *aiguë*, ou bien quand, dès le début, elle est peu intense, l'application d'un appareil inamovible et la déambulation au moyen de béquilles doivent être mises en usage. L'immobilité absolue et longtemps prolongée, dans ce dernier cas, aurait en effet pour inconvénient grave et presque inévitable l'altération de la santé générale et par conséquent retarderait la guérison, sans nécessité impérieuse. Le repos partiel, le repos de la jointure, suffit dans ces conditions. D'ailleurs, l'immobilité absolue a aussi le grave inconvénient de favoriser l'ankylose plus que l'immobilité partielle.

M. Bouvier nous a dit, en parlant des appareils, que ceux des chi-

rurgiens américains n'avaient rien de nouveau. Il a dit en particulier que celui de M. Sayre avait beaucoup d'analogie avec celui construit antérieurement par M. Mathieu. Mais il faut bien savoir que dans ce dernier les modifications qui lui permettent de s'allonger et de se raccourcir à volonté n'ont pas d'autre but que de permettre de l'appliquer à tous les âges, tandis que le chirurgien américain s'est surtout proposé d'en faire ainsi un appareil d'extension et de contre-extension. On a reproché à cette attelle de ne pouvoir produire *l'écartement* des surfaces articulaires; mais tout ce qu'on cherche, c'est d'empêcher ou tout au moins de diminuer la pression de ces surfaces l'une contre l'autre.

Quant aux ponctions de l'article, je dois dire que les relevés statistiques ne déposent pas en faveur de leur emploi.

M. GUERSANT. On a beaucoup parlé du traitement général de la coxalgie, mais on n'a presque rien dit de la conduite à tenir quand il existe des abcès symptomatiques. Or, que faut-il faire dans ces cas? Doit-on les laisser s'ouvrir spontanément, doit-on les ponctionner? Pour ma part, j'en ai vu se résorber. Aussi, quand aucun phénomène inflammatoire ne semble indiquer que l'ouverture de ces collections purulentes va se faire spontanément, je pense qu'il faut attendre et espérer la résolution; mais quand, au contraire, on ne peut plus compter sur cette terminaison heureuse et exceptionnelle, je crois qu'on ne doit pas attendre l'ouverture spontanée; il me paraît préférable d'avoir recours aux ponctions sous-cutanées faites avec le trocart plat. Quelquefois une seule ponction suffit, mais, dans beaucoup de cas, le liquide se reproduit. Alors il faut renouveler les ponctions sous-cutanées et les faire suivre d'injections iodées pour diminuer les chances d'infection purulente. Il va sans dire qu'en même temps on doit maintenir les malades dans l'immobilité. Mais je préfère alors à l'appareil de Bonnet qui se souille facilement et se nettoie avec peine, un appareil formé d'attelles matelassées analogues à celles qu'a indiquées M. Marjolin; on obtient ainsi quelque chose de simple, de peu dispendieux et de fort suffisant.

Enfin, je dirai en terminant que, dans quelques cas, j'ai mis utilement en usage le drainage conseillé par notre collègue M. Chassaignac.

COMMUNICATION.

M. le docteur **BELLENGER** (de Senlis) rappelle à la Société un procédé de phlébotomie qu'il a préconisé il y a une vingtaines d'années dans la *Gazette des Hôpitaux* (9 octobre 1845).

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 3 MAI 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Morel-Lavallée. Il exprime le regret que le bureau n'ait reçu aucun avis de la mort de cet honorable collègue, parce que la Société n'a pu être représentée officiellement aux funérailles de son ancien président. M. Broca rappelle ensuite brièvement les principaux travaux de M. Morel sur les luxations de la clavicule, la hernie du poumon, les épanchements séreux traumatiques, la cystite cantharidienne, son ingénieux appareil en gutta-percha pour les fractures de la mâchoire, l'appréciation des méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre, etc., etc. Plusieurs de ces mémoires, ajoute M. le président, sont empreints d'une véritable originalité, et plusieurs d'entre eux sont honorablement cités dans tous les traités de pathologie.

La Société décide qu'une lettre de condoléance sera adressée, au nom de la Société, à la veuve de M. Morel-Lavallée, par le secrétaire général.

Sur l'invitation de M. le président, plusieurs membres donnent quelques détails sur la fin prématurée de M. Morel-Lavallée, qui paraît avoir succombé subitement aux suites d'une affection ancienne du cœur et des gros vaisseaux.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

Le *Journal de médecine de Bordeaux ;*

Le *Bulletin médical du nord de la France ;*

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

Les *Archives générales de médecine ;*

La *Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1862 ;*

Le *Bulletin de la Société* (4e fascicule) *pour 1864.*

M. le docteur Simon Duplay adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Des collections séreuses et hydatiques de l'aine*, pour le concours du prix Duval.

MM. Follin, Richet, Bauchet, demandent un congé.

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats à une place de membre titulaire. Cette commission se trouve constituée par MM. Depaul, Giraldès et Marjolin.

A propos du procès-verbal :

M. GIRALDÈS présente, au nom de M. Hergott (de Strasbourg), de nouveaux spécimens d'appareils plâtrés, rendus imperméables par le vernis de résine de copal. Ces appareils sont restés pendant quinze jours dans l'eau tiède sans être pénétrés. M. Hergott se sert de vieille toile pour faire la charpente de ces appareils.

M. Hergott profite de cette occasion pour rappeler sa candidature au titre de membre correspondant national.

M. LEFORT met également sous les yeux des membres de la Société des appareils analogues, de M. Langenbeck, faits par divers procédés et rendus imperméables au moyen de résine dissoute dans l'éther.

Discussion sur la coxalgie.

M. BOINET. Il y a deux points sur lesquels je désire faire quelques remarques.

Le premier est l'abaissement de la hanche, le second l'hydarthrose de l'articulation coxo-fémorale.

Pour ce qui est du premier, M. Bouvier ne peut admettre que l'abaissement de la hanche puisse se rencontrer dans d'autres affections qne la coxalgie, et il craint que je n'aie pris de vraies coxalgies pour des sciatiques. De plus, il pense que cet abaissement de la hanche et l'allongement apparent du membre qui en est la conséquence ne persistent pas dans la position couchée, comme cela a lieu dans la coxalgie.

Si je n'avais observé qu'un seul cas, et si je l'avais observé seul, je pourrais croire à une erreur de ma part, devant l'assertion de notre savant collègue, mais j'ai été si souvent frappé des phénomènes que j'observais que j'ai cru devoir les signaler à l'attention des autres, et dans un Mémoire que j'ai publié dans la *Gazette médicale*, en 1835, et que j'ai intitulé : *Du mécanisme de l'abaissement de la hanche, dans la coxalgie et autres affections des membres inférieurs*, j'en ai rapporté plusieurs observations qui me paraissent très-concluantes. Ces observations ont été recueillies dans le service de Sanson à l'Hôtel-Dieu, contrôlées par Sanson lui-même, et vues par tous ceux qui suivaient sa clinique à cette époque, et dont l'attention était fixée sur ce point. Depuis, j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs autres cas

avec Marjolin père et M. Malgaigne, et tous ces cas, où il n'y avait point de coxalgie, offraient tous les signes de cette affection, au moins tous les principaux signes admis par M. Bouvier, tels que l'attitude spéciale du corps, la claudication, la déformation, la douleur, l'allongement apparent, et pour plusieurs la rigidité de l'articulation... et cependant il n'y avait point de coxalgie; — ainsi les sciatiques chroniques, les contusions, les rhumatismes de la hanche, qui déterminent une claudication prolongée, présentent ces 5 signes que je viens de rappeler; dans d'autres affections du membre inférieur, dans les abcès du grand trochanter, dans les ankyloses et les tumeurs blanches du g nou, en un mot, dans toutes les affections qui sont cause d'une claudication prolongée et quotidienne, on rencontre encore tous ces signes, moins la rigidité de l'articulation, à laquelle on peut imprimer des mouvements soit de rotation, d'abduction ou d'adduction; mais il y a douleur, allongement apparent de la jambe, abaissement de la hanche, déviation du bassin, courbure latérale de la colonne vertébrale, en un mot, cette attitude spéciale du corps qu'on remarque dans la coxalgie, et tous ces signes persistent dans la position couchée, position dans laquelle tous les malades ont été examinés. Hier encore, j'ai examiné un individu atteint d'une ankylose du genou et qui boite depuis dix ans, j'ai pu me convaincre qu'il offrait tous les signes de la coxalgie, moins la rigidité de l'articulation; il y a aplatissement de la fesse, du côté malade; le pli des fesses n'est plus au même niveau, et celui du côté malade est bien plus bas que celui du côté sain, ainsi qu'on le remarque dans la coxalgie.

Je ferai remarquer que presque toutes mes observations ont été prises sur des adultes, et, par conséquent, sur des individus chez lesquels on rencontre rarement la coxalgie... Je dirai ensuite, que ces individus étaient en général de bonne constitution, à muscles bien développés, qu'ils n'ont jamais suivi le traitement recommandé pour les coxalgiques, qu'ils n'ont pas été mis à un repos absolu et qu'ils ont guéri cependant, sous l'influence de traitements appropriés soit à la sciatique, soit aux contusions, etc., et aussitôt que l'élément douleur, qui était la principale cause de la claudication, disparaissait, les parties revenaient peu à peu, et presque spontanément, à leur état normal; d'ailleurs, c'est la douleur seule, mais la douleur prolongée, et faisant boiter longtemps, ou le raccourcissement permanent d'un membre, qui produit les phénomènes de l'attitude spéciale du corps, la déformation, l'abaissement de la hanche, l'allongement apparent du membre, la claudication, aussi bien dans la coxalgie que dans certaines autres affections du membre inférieur, comme la sciatique, la contusion de la hanche, les abcès du grand trochanter.

D'après les faits que j'ai observés, je me crois donc autorisé à dire que l'abaissement permanent du bassin, l'allongement apparent d'un membre, etc., peuvent, après une claudication prolongée, se rencontrer dans d'autres affections que la coxalgie, et qu'il est possible, dans certains cas, de commettre une erreur de diagnostic, que cette erreur a été commise assez souvent; bien entendu, que je ne parle que de la coxalgie arrivée à une certaine période; car, lorsque cette maladie débute, c'est-à-dire lorsqu'il y a seulement douleur dans la hanche, et, par suite, claudication, on ne peut que soupçonner la coxalgie, surtout si le malade est scrofuleux, sans pouvoir affirmer qu'elle existe, puisque tous les signes qui la caractérisent n'existent pas encore.

Je passe au second point; il s'agit de l'hydarthrose de l'articulation coxo-femorale; M. Bouvier est peu disposé à admettre que la coxalgie puisse débuter par cette affection, et il n'en connaît pas d'exemples clairement démontrés.

Quelles sont les raisons qui empêchent d'admettre que l'articulation coxo-fémorale puisse devenir le siége d'une hydarthrose? Y a-t-il quelque chose dans sa forme, dans son organisation qui s'y oppose? Au contraire, tout porte à croire que l'hydarthrose peut aussi bien exister dans l'articulation de la hanche que dans les articulations de l'épaule et du genou, et, si on ne la signale pas plus souvent dans cette région, cela tient à différentes causes : d'abord à l'épaisseur des parties molles qui recouvrent cette articulation, ensuite à la forme qu'on observe et qui n'est pas globuleuse comme dans celle du genou, parce que dans les épanchements des articulations énarthrodiales la tumeur envoie des prolongements produits par la présence du liquide dans les expansions articulaires de la synoviale. Alors, si l'hydarthrose peut exister dans l'articulation coxo-fémorale, on ne voit pas pourquoi elle ne pourrait pas devenir dans certains cas une cause de coxalgie, comme elle est une cause de tumeur blanche dans les autres articulations, car après tout la coxalgie n'est pas autre chose qu'une tumeur blanche. Je ne voudrais pas dire avec J. L. Petit, qui n'en rapporte pas un seul exemple, avec M. Parisse, qui fait intervenir l'hydarthrose comme cause prochaine de la luxation de la cuisse, que cette espèce d'hydarthrose est fréquente, mais je dis qu'on ne doit pas la nier; il faudrait alors rejeter comme n'ayant aucune valeur les observations de M. Lesauvage (*Archiv. génér. de médecine*, 2e série, t. IX); de MM. Parisse (*Archiv. belges de médec. milit.*), et surtout celle de M. Joly, qui a vu un cas d'hydarthrose coxo-fémorale sur le cadavre. Je comprends qu'on n'admette pas les raisons de J. L. Petit et de M. Parisse pour expliquer la luxation du fémur dans la coxalgie, mais je pense

qu'on ne peut pas ne pas admettre que la coxalgie puisse quelquefois débuter par une hydarthrose.

M. VERNEUIL. Les Américains pensent que l'extension et la contre-extension sont utiles pour diminuer la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre. Je viens d'observer chez un de mes malades quelque chose qui confirme cette opinion. Dans un cas de coxalgie ancienne compliquée d'abcès, il survint, après l'évacuation du pus, une arthrite aiguë accompagnée de douleurs rendues intolérables à cause de la contracture musculaire coexistante. Les narcotiques et les calmants de toute espèce restèrent sans résultat. Alors, après avoir obtenu l'anesthésie au moyen du chloroforme, je plaçai le malade dans un appareil de Bonnet, auquel je fis ajouter de quoi faire l'extension et la contre-extension. Immédiatement les douleurs, d'abord si vives, disparurent presque complétement.

A cela, les Américains ajoutent la ténotomie, ce qui ne me paraît pas toujours nécessaire.

M. LEFORT. J'ai vu tout dernièrement l'extension et la contre-extension produire les mêmes effets chez un jeune malade que j'ai en traitement. Je cessai momentanément l'extension et les douleurs reparurent; j'y ai eu recours de nouveau, et de nouveau les douleurs cessèrent.

M. DEPAUL. Je commencerai par réclamer l'indulgence de mes collègues, parce que le temps m'a manqué pour résumer aussi brièvement que je l'aurais désiré ce que j'ai à dire.

Jusqu'à présent plusieurs membres de la Société se sont occupés avec grand soin du diagnostic et du traitement de la coxalgie; nous les avons tous entendus avec le plus vif intérêt. Seulement, ils ont volontairement laissé de côté ce qui a trait à la déformation des os qui peut survenir comme conséquence plus ou moins éloignée de la coxalgie. C'est sur ce point que je désire fixer maintenant votre attention.

Sans avoir la prétention de faire ici un historique complet de cette partie de la question, je dirai seulement que la science possède aujourd'hui peu de travaux sur ce sujet. Les auteurs anciens pensaient généralement que les femmes boiteuses avaient le bassin plus ou moins vicié, et chacun sait que Peu refusa d'épouser une femme sur le seul motif qu'étant affectée de claudication, elle devait avoir une mauvaise conformation du bassin. Depuis cette époque, l'opinion de Peu était restée généralement admise, quand, en 1825 ou 1826, Dupuytren appela de nouveau l'attention sur ce point et résuma ses leçons à peu près de la manière suivante : Les femmes qui ont des luxations congénitales ou consécutives à la coxalgie survenue dans le jeune âge

peuvent avoir le bassin assez bien conformé pour permettre l'accouchement naturel au terme de la gestation.

Plus tard, en 1835, M. Sédillot a publié sur ce sujet un travail important, qui a été le point de départ de tout ce qui a été écrit depuis sur cette question.

Gerdy a publié dans le journal l'*Expérience*, à propos de deux mémoires de Pravaz sur la coxalgie, une appréciation qu'il résume en disant que l'opinion de Dupuytren et de M. Sédillot n'est pas aussi absolument exacte qu'on se plaisait à le dire.

Enfin, M. Velpeau s'est contenté de reproduire dans son traité d'accouchements les diverses opinions soutenues jusque-là. Les ouvrages les plus récents sur ce sujet sont ceux de Lenoir (*Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*) et de M. Hubert (de Louvain) (*Mémoires de l'Académie de Belgique*).

Je ferai remarquer, tout d'abord, qu'il importe beaucoup, au point de vue de l'obstétrique, de distinguer les luxations congénitales des luxations accidentelles, et parmi ces dernières les luxations anciennes et les luxations récentes.

Les luxations congénitales sont extrêmement rares. Je n'en ai jamais rencontré chez les nombreux enfants nouveau-nés qui ont passé sous mes yeux.

La cause de la luxation doit être prise aussi en grande considération. Quand elle est traumatique, elle amène beaucoup plus rarement la déformation du bassin qui met obstacle à l'accouchement, surtout si elle est double.

Quand, au contraire, la luxation a été précédée de coxalgie, il a existé un état inflammatoire de l'os coxal et à cause de cela il y a eu arrêt de développement et ramollissement du tissu osseux. On s'est donc mépris quand on a voulu considérer en bloc, et sans distinction aucune, l'influence des luxations sur la conformation du bassin. Il faut, de toute nécessité, faire des distinctions.

Quand il y a simplement luxation, il faut étudier séparément les luxations d'un seul côté et celles qui portent sur les deux articulations coxo-fémorales. Dans les luxations doubles congénitales ou fort anciennes, sans accidents inflammatoires évidents, la conformation n'est pas, en général, modifiée de manière à rendre l'accouchement impossible, il est même quelquefois très-facile dans ces conditions. Mais le bassin n'en porte pas moins des altérations de forme très-manifestes qui le différencient très-notablement du bassin normal pour un œil exercé et attentif. Dans ces cas, la déformation porte tout à la fois sur le détroit supérieur, sur le grand bassin et surtout sur le détroit inférieur. Le grand bassin est un peu rétréci, les crêtes iliaques sont relevées,

le sacrum est un peu excavé, quoique régulier sur la ligne médiane. Le détroit inférieur est remarquable par un écartement plus ou moins considérable des tubérosités de l'ischion, qui produit un élargissement proportionnel de l'arcade pubienne. Toutes ces altérations de forme reconnaissent évidemment pour cause l'action des muscles pelvi-trochantériens. Tous ces muscles, en effet, se trouvent plus ou moins tiraillés par le fait de la luxation, dans laquelle le bassin est comme suspendu entre les deux fémurs, au lieu de reposer directement sur eux.

En est-il de même quand il y a luxation d'un seul côté? Je répondrai d'abord que je ne sais pas s'il existe dans la science de véritable luxation congénitale d'un seul côté; et par congénitale j'entends celle qui existe au moment même de la naissance. Pour ma part, je n'en connais pas d'exemple bien authentique. Quoi qu'il en soit, ou la luxation d'un seul côté est congénitale ou du moins très-ancienne, ou elle est acquise et récente. Dans cette dernière condition, le bassin ne subit pas de déformation bien évidente. Quand, au contraire, la luxation unique est très-ancienne, la configuration du bassin peut être assez notablement modifiée pour apporter un obstacle considérable à l'accouchement.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. **Blot.**

SÉANCE DU 10 MAI 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical;*

Les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

Discussion sur la coxalgie.

M. Depaul, après avoir résumé les distinctions qu'il a établies dans la dernière séance entre les luxations congénitales et les luxations acquises, et parmi ces dernières entre celles qui sont anciennes

et celles de date récente, insiste sur l'importance de ne pas confondre les bassins *difformes* avec les bassins *viciés*. Les premiers peuvent permettre un accouchement facile; les derniers, au contraire, apportent au moment de la parturition des difficultés plus ou moins grandes.

M. Depaul donne en abrégé l'histoire d'une jeune personne atteinte d'une double luxation congénitale, ou au moins très-ancienne, pour laquelle on vint le consulter. Il s'agissait de savoir si cette jeune fille pouvait se marier. L'examen extérieur paraissant tout à fait insuffisant, le toucher vaginal, pratiqué avec tous les ménagements nécessaires, permit de constater un rétrécissement très-notable des deux diamètres obliques. M. Depaul conseilla de ne pas marier cette jeune personne. En général, dit M. Depaul, plus la maladie aura débuté à une époque rapprochée de l'enfance, plus la viciation sera prononcée. Dans le cas de luxation unique et acquise vers dix ou douze ans, la déformation porte sur un seul côté et donne à l'ensemble du bassin une figure qui se rapproche de celle du bassin oblique ovalaire. L'ogive de l'arcade sous-pubienne est altérée dans sa régularité. L'une des tubérosités sciatiques est éloignée de la ligne médiane, la courbure antérieure du sacrum est augmentée, surtout au niveau de son tiers inférieur, la région coxygienne est déviée du côté malade et plus ou moins redressée par le tiraillement des muscles pelvi-trochantériens. De plus, il y a des complications concomitantes dans la colonne vertébrale qui se dévie en sens variable suivant le côté malade.

Les anciens chirurgiens et accoucheurs, ajoute M. Depaul, se contentaient de parler de claudication et ne spécifiaient pas davantage. Or, on peut boiter pour bien des causes; il en est une, en particulier, qui n'est pas aussi rare qu'on le pense généralement, je veux parler du *rachitisme partiel* portant sur un des deux membres pelviens ou même sur un segment de ce membre, comme la cuisse, par exemple. M. Depaul, à ce propos, met sous les yeux de la Société un bassin et les deux fémurs d'une femme morte à la Clinique. Le fémur gauche, beaucoup plus court que le droit, porte d'une manière évidente les traces du rachitisme; il est plus court, moins développé; ses extrémités épiphysaires sont volumineuses, et sa diaphyse offre une incurvation antérieure et externe. Chez cette femme, le rachitisme s'était localisé sur cette seule portion du squelette, ou, tout au moins, l'avait frappé d'une façon beaucoup plus marquée. Aujourd'hui même, on peut voir à la Clinique une autre femme chez laquelle le rachitisme porte sur un seul des avant-bras.

Dans quelques autres circonstances, un membre vient à manquer

comme moyen de support, d'où l'absence de pression sur le bassin de ce côté. C'est ce qu'on peut observer dans le cas d'amputation de la cuisse ou de fracture consolidée avec chevauchement considérable. Dans ces cas, toute la pression s'exerçant d'un seul côté, on voit le diamètre oblique correspondant plus ou moins diminué d'étendue. M. Depaul a pu constater ce fait sur une jeune dame américaine. Une application de forceps est devenue nécessaire, tant à cause d'un léger rétrécissement que par la difficulté de pousser à la fin du travail, une des bases manquant pour prendre un point d'appui dans l'effort.

Une autre difformité peut aussi être cause de gêne et de difficulté au moment de l'accouchement, c'est la luxation unique avec ankylose dans une adduction forcée du membre ankylosé qui gêne l'accès des organes génitaux. C'est ce qu'a vu M. Depaul chez une femme de la clinique qui ne put accoucher qu'en se plaçant sur le côté.

Enfin, dans d'autres cas, comme chez une femme qui est encore dans le service d'accouchement, les branches ischio-pubiennes peuvent être rapprochées l'une de l'autre par suite du ramollissement produit par l'inflammation de toutes les parties circonvoisines, et alors on peut observer un rétrécissement plus ou moins prononcé de l'orifice inférieur du bassin.

M. TRÉLAT. M. Depaul a rapporté un grand nombre de faits très-intéressants, mais ce qu'il a dit a plutôt trait à des lésions diverses qu'à la coxalgie elle-même. Or j'ai cherché, depuis huit ou dix jours, des observations d'accouchements rendus difficiles ou impossibles par suite de coxalgie contractée pendant l'enfance, et j'ai eu grand'peine à en trouver une bien authentique. Il ne me paraît donc pas prouvé, par les faits, que des luxations consécutives à la coxalgie puissent déterminer dans le bassin des viciations suffisantes pour entraver l'accouchement.

La seule chose qui paraisse évidente, c'est que l'influence des luxations varie suivant le sens dans lequel s'est fait le déplacement. Si les auteurs qui se sont occupés de cette question ne sont pas d'accord, si Dupuytren nie l'influence des luxations sur la conformation du bassin, tandis que M. Sédillot lui accorde une action très-grande, si Lenoir et M. Huber (de Louvain) admettent que cette influence peut manquer dans certains cas (luxations doubles) et se manifester dans quelques autres (luxations d'un seul côté), cela tient à ce que ces chirurgiens n'ont pas tenu un compte suffisant de la forme et de la direction du déplacement. C'est ce que prouvent toutes les pièces connues, qu'on les emprunte au musée Dupuytren, à celui de la Maternité ou à la collection particulière de M. Depaul.

Une disposition sur laquelle M. Depaul n'a pas suffisamment insisté,

c'est l'ensellure qui a pour résultat nécessaire le redressement du bassin, par suite duquel le détroit supérieur se trouve dirigé directement en avant, tandis que l'inférieur regarde en arrière.

Enfin, dans certains cas, on voit que les fémurs, s'étant portés en haut et en arrière, la moitié antérieure de la circonférence pelvienne s'est abaissée, ce qui a pour résultat un rétrécissement du détroit inférieur.

En somme, et pour me résumer, je dirai que pour apprécier convenablement l'influence des luxations coxalgiques sur la conformation du bassin, il faut surtout tenir compte des positions relatives des différentes pièces du squelette.

Contrairement à l'opinion de M. Depaul, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de faire intervenir, comme condition de ces déformations, l'inflammation du squelette. Avec M. Bouvier, je pense que l'influence mécanique suffit à elle seule pour en rendre compte.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Amputation de Chopart sans rétraction du tendon d'Achille.

M. MARJOLIN présente une jeune fille de quinze ans chez laquelle il a pratiqué, il y a plus de deux ans, l'amputation partielle du pied, suivant la méthode de Chopart, pour une carie des os du pied. Voulant éviter tout ce qui pouvait favoriser la rétraction du tendon d'Achille, assez souvent observée après cette opération, il a suivi le précepte donné par Lenoir de conserver un lambeau plantaire aussi épais que possible. Ce procédé a été suivi d'un plein succès; car, malgré la persistance prolongée de trajets fistuleux, aujourd'hui cicatrisés, et le séjour pendant toute une saison aux bains de Berck, où, par la nature même du sol (sable très-fin), l'enfant était obligé de faire de grands efforts pour marcher, le moignon n'est nullement déformé. Dans la station verticale, il porte entièrement sur la face plantaire et non sur l'extrémité antérieure du lambeau. Il n'y a, du reste, aucune claudication.

Atrophie d'une tumeur volumineuse de la langue obtenue par la ligature des deux artères linguales.

M. DEMARQUAY présente un homme de quarante-huit ans chez lequel une énorme tumeur de la langue avait fini par produire une impossibilité presque complète de la phonation, de la mastication, de la déglutition et de la respiration, en même temps qu'une altération profonde de la santé générale; le malade ne pouvait plus manger et la respiration était devenue tellement difficile que M. Demarquay hésita

un instant pour savoir s'il ne pratiquerait pas la trachéotomie comme opération préalable. Cependant il résolut de faire la ligature des deux artères linguales.

Dès le lendemain, la tumeur de la langue subissait une atrophie notable, qui a toujours été en augmentant depuis l'opération.

Aujourd'hui, cet homme, tout en n'étant pas complétement guéri, peut parler, manger, avaler et respirer sans grande difficulté. Sa santé générale est devenue excellente.

M. BROCA fait remarquer que l'idée de l'opération faite par M. Demarquay se trouve consignée dans le *Traité de la génération* de Harvey. Il la pratiqua le premier sur l'artère spermatique pour amener l'atrophie d'une tumeur volumineuse de l'un des testicules. Cette première tentative de la méthode générale fut suivie de succès.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. le docteur **BERRUT** met sous les yeux de la Société un kyste de l'ovaire enlevé par lui avec succès chez une femme qui avait subi antérieurement un grand nombre de ponctions.

Cette même observation a été communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 9 courant.

Une Commission, composée de MM. Boinet, Demarquay et Huguier, est chargée de rendre compte de cette observation intéressante.

— **M. KINGSLEY** (de New-York) présente, par l'organe de M. Larrey, un nouvel obturateur des solutions de continuité de la voûte palatine.

Cet instrument est formé de caoutchouc et offre ceci de particulier, qu'il existe à sa partie postérieure une portion souple et amincie destinée à représenter le voile du palais.

M. DEMARQUAY fait observer que des instruments analogues ont déjà été imaginés en France par plusieurs personnes et en particulier par M. Villemure.

M. LARREY insiste pour faire remarquer qu'aucun des obturateurs confectionnés antérieurement ne présente cette partie postérieure mobile destinée à remplacer plus ou moins complétement le voile du palais.

M. Kingsley ajoute que M. C. F. Stearn, chirurgien attaché à l'armée de l'Amérique du Nord, a fait construire avant lui quelque chose d'analogue à l'obturateur qu'il présente aujourd'hui, mais rien de semblable à l'appareil qu'il met en ce moment sous les yeux de la Société sous le rapport de la mobilité de sa partie postérieure.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 17 MAI 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ;

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

— M. Putégnat, membre correspondant à Lunéville, fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *De la stomatite gangréneuse.*

— M. le docteur Félix Achard offre à la Société une brochure intitulée : *La réforme des hôpitaux par la ventilation renversée, et la charité organisée au point de vue de la guerre par le corps médical.*

— M. le docteur Tourainne, médecin-major à l'artillerie du Mexique, adresse deux numéros de la *Gazette médicale de Mexico.*

— M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Goffres : *Considérations historiques, hygiéniques et médicales sur le camp de Châlons.*

— Le secrétaire du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre adresse les remercîments du président à l'occasion de l'envoi des *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. VI, fascicule 3e.

Fin de la discussion sur la coxalgie.

M. GIRALDÈS. Je ne désire pas rentrer dans la discussion ; je veux seulement, à titre de renseignement, rappeler que l'influence de l'action musculaire sur la déformation du bassin indiquée par M. Depaul se trouve confirmée par un Mémoire très-bien fait, très-étendu et accompagné de planches, publié par Hüschoff sous le titre suivant : *De mutationibus formæ ossium vi externa productis,* ainsi que par un travail de M. Fremery (d'Utrecht).

Pour terminer, je voudrais protester sur la dénomination de *méthode américaine* donnée par quelques-uns de nos collègues à la méthode de MM. Sayre et Davis, qui n'est pas en Amérique une méthode universellement adoptée.

M. LEFORT. Si j'ai employé l'expression de *méthode américaine*,

c'est que les deux chirurgiens qui ont préconisé cette méthode, M. Sayre et M. Davis, sont tous deux américains.

M. BLOT. Dans la dernière séance, M. Trélat déclarait qu'il avait en vain cherché dans les annales de la science une seule observation bien authentique de bassin vicié par suite de luxation consécutive à la coxalgie. En rappelant mes souvenirs et en compulsant mes observations, j'en ai trouvé deux qui ne laissent rien à désirer.

Dans la première, il s'agit d'une dame qui, parvenue au terme d'une première grossesse, ne put accoucher naturellement. Il fallut avoir recours à la céphalotripsie. Chez cette personne, que M. P. Dubois vit en consultation, le membre pelvien droit avait 10 centimètres de moins que le gauche par suite d'une luxation consécutive à une coxalgie survenue à l'âge de neuf ans. Le diamètre oblique droit était notablement diminué de longueur; l'antéro-postérieur n'avait que $0^m,08$.

Dans une deuxième grossesse, après avoir pris conseil de M. P. Dubois, je pratiquai l'accouchement prématuré au huitième mois, et j'obtins une fille vivante, qui a aujourd'hui huit ans.

Dans le deuxième cas, le raccourcissement du membre et la claudication étaient aussi considérables; il y avait également luxation unique datant de la première enfance, et les diamètres oblique et antéro-postérieur avaient subi un raccourcissement très-marqué; l'antéro-postérieur n'avait que $0^m,075$. L'accouchement eut lieu à huit mois à la suite d'attaques d'éclampsie compliquées d'albuminurie avec anasarque. L'enfant, mort pendant les attaques convulsives, était peu volumineux, et une simple application de forceps suffit à l'extraire.

Par contre, j'ai retrouvé dans mes notes cinq autres cas de claudication ancienne datant de l'enfance, et qui cependant n'étaient point accompagnés de déformation du bassin, et dans tous un ou plusieurs accouchements (sept dans un cas) ont pu avoir lieu sans difficulté au terme de la grossesse.

Dans l'un de ces cinq derniers cas, la claudication et le raccourcissement du membre ne dépendaient pas de luxation coxalgique, mais bien d'une atrophie générale de ce membre consécutive à des convulsions survenues pendant l'enfance.

Il résulte donc de ce qui précède que la luxation coxalgique d'un seul côté, quand elle se produit dans l'enfance, peut avoir pour résultat une viciation du bassin capable de mettre obstacle à l'accouchement; mais que, dans un bon nombre de circonstances analogues, le bassin peut conserver une forme et des dimensions qui permettent l'accomplissement facile de cette fonction.

A propos des faits de rachitisme partiel dont M. Depaul nous a en-

tretenus dans la dernière séance, je dirai en quelques mots les détails principaux d'un fait intéressant et très-rare que j'ai observé à Montrouge, il y a quelques années, avec le docteur Pellarin.

Il s'agissait d'une femme en travail depuis un temps déjà fort long, chez laquelle deux applications de forceps avaient été déjà faites sans succès, quand je fus appelé auprès d'elle. Cette personne était d'une taille élevée; les membres étaient longs et droits, et cependant le toucher permettait facilement de constater un rétrécissement très-notable du bassin.

Une troisième application de forceps resta sans résultat, et, l'enfant ayant cessé de vivre, j'eus recours à la céphalotripsie. La sœur aînée de la malade, interrogée par moi, m'apprit que celle-ci avait été *nouée* à l'âge de trois ans.

Elle avait donc été affectée de rachitisme, dont les traces avaient complétement disparu sur les membres inférieurs, le bassin seul avait conservé les conséquences de l'arrêt de développement. Sans doute, ce n'est point là un exemple de rachitisme partiel; mais je me demande si les cas cités par notre collègue M. Depaul ne pourraient pas s'expliquer de la même manière que le précédent? Je me demande si le rachitisme, d'abord général, n'avait pas disparu dans tout le squelette, excepté dans les parties signalées par M. Depaul; de même que chez ma malade, il n'avait laissé de vestiges évidents que sur le bassin.

M. TRÉLAT. Il est une confusion contre laquelle on ne saurait trop se mettre en garde, c'est celle qui consiste à réunir dans un même groupe toutes les variétés de claudication. M. Blot a eu bien soin de distinguer ceux qui reconnaissaient pour cause une coxalgie ancienne et ceux qui pouvaient dépendre d'autres causes; mais il me semble que M. Depaul n'a pas eu le même soin. Or, quel rapport y a-t-il entre la simple claudication dans laquelle la tête du fémur conserve ses rapports normaux avec la cavité cotyloïde, et la claudication qui est consécutive à la luxation coxalgique? il est certain que dans l'un et l'autre cas les résultats sur la conformation du bassin ne peuvent être les mêmes. Il faut donc d'abord séparer les claudications sans déplacement des claudications avec luxation, et, dans ce dernier cas, il faut surtout tenir compte du sens dans lequel s'est fait le déplacement de la tête fémorale et des rapports nouveaux entre les différentes parties du squelette (fémur, bassin, colonne vertébrale).

Dans les deux observations de viciation du bassin par luxation coxalgique citées par M. Blot, le rétrécissement porte sur le diamètre antéro-postérieur. D'un autre côté, M. Bonnet, professeur d'accouchement à Poitiers, m'adresse une brochure dans laquelle je trouve une observation de luxation traumatique ayant produit le rétrécissement

bis-ischiatique. Comment expliquer ces différences, sinon par les directions suivant lesquelles les fémurs se sont déplacés ?

M. BLOT. Je ferai remarquer à M. Trélat que si je n'ai pas donné la mesure exacte des diamètres obliques, cela ne veut pas dire qu'ils n'étaient pas altérés ; seulement, comme sur le vivant il n'est pas possible de les mesurer exactement, je n'ai pu donner la dimension précise que pour le diamètre antéro-postérieur.

Personne ne demandant plus la parole sur la question de la coxalgie, M. le président prononce la clôture de la discussion.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur congénitale située à l'orifice vulvaire, causée probablement par une hernie de l'ovaire.

M. MARJOLIN présente une petite fille de 21 jours, d'une bonne constitution, qui offre au niveau de l'orifice vulvaire, en arrière et à gauche, une tumeur irréductible, de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'un rouge très-vif, ayant au premier abord quelque ressemblance avec une tumeur érectile. Elle paraît formée par une partie de la membrane muqueuse vaginale, faisant hernie au dehors. Comprimée entre les doigts, elle donne la sensation d'une sorte de sac renfermant un petit corps assez ferme, de la grosseur d'un petit haricot. Ce corps, qui est libre dans cette cavité, est retenu par une sorte de pédicule aboutissant en arrière et à gauche à une petite échancrure. Par la pression, ni ce corps ni la membrane muqueuse qui le recouvre ne sont réductibles. M. Marjolin pense que dans le doute où l'on est sur la nature du corps contenu dans la tumeur, il est préférable, pour le moment, de s'abstenir de toute opération, dans la crainte d'occasionner des accidents semblables à ceux qui avaient été communiqués à la Société par M. Guersant.

La mère a eu deux autres enfants ne présentant aucun vice de conformation, l'un d'eux a 5 ans et est bien portant, l'autre est mort à 14 mois.

M. BLOT. Je ne suis pas aussi sûr que M. Marjolin que nous ayons là sous les yeux un cas de hernie de l'ovaire. Ce qui m'inspire des doutes, c'est, d'une part, le siége de la tumeur, et, d'autre part, sa consistance et son volume. On comprendrait difficilement comment l'ovaire aurait pu se frayer un chemin à travers les différentes couches qui se trouvent au-dessous du cul-de-sac péritonéal postérieur pour venir faire hernie à la commissure postérieure de la vulve. Les hernies de l'ovaire s'observent plutôt dans l'épaisseur des grandes lèvres. Je reste donc dans le doute sur le diagnostic précis, et, pour ce motif, je

crois que nous ne sommes pas suffisamment autorisés à repousser absolument toute tentative opératoire, sinon maintenant, au moins un peu plus tard.

M. TRÉLAT. Je partage complétement les doutes formulés par M. Blot relativement au diagnostic, et par conséquent aussi sur la conduite à tenir dans ce cas. Quoi qu'il en soit, s'il s'agit là d'un ovaire, ce serait un cas d'ectopie et non une hernie. Pour ce qui a trait à la consistance, il n'en faudrait pas tenir un trop grand compte, attendu que dans les ectopies la consistance des organes peut être modifiée.

M. GIRALDÈS. Il ne faudrait pas inférer de la dureté et du volume de la tumeur à la non-existence d'une hernie de l'ovaire, car j'ai vu souvent, dans les autopsies d'enfants nouveau-nés, des ovaires très-durs et très-gros.

M. TRÉLAT ajoute qu'il ne faudrait pas assimiler ce cas à celui dont M. Guersant a autrefois entretenu la Société, car dans ce dernier la tumeur existait dans la grande lèvre et avait été prise pour un kyste. On ne pratiqua pas l'excision comme semble le croire M. Marjolin, mais on fit seulement la ligature du pédicule de la tumeur.

M. BROCA pense aussi que le rapprochement serait forcé, car dans le cas actuel il n'y a très-probablement pas de communication de la tumeur avec le péritoine, et d'ailleurs, ajoute-t-il, quand bien même elle existerait, on pourrait en obtenir l'oblitération. L'arrêt porté par M. Marjolin me paraît donc un peu trop absolu.

M. DEMARQUAY appuie les observations qui viennent d'être faites par MM. Blot, Trélat et Broca. Il ajoute qu'après avoir observé la petite malade pendant quelque temps, il appliquerait sur la tumeur une ligature élastique qui amènerait probablement l'oblitération du conduit péritonéal, s'il existe.

M. MARJOLIN se rallie à l'opinion de ses collègues et conclut que pour le moment il n'y a rien à faire.

Luxation et extraction de l'astragale.

M. DEMARQUAY présente un homme de 40 à 45 ans guéri d'une luxation de l'astragale avec déchirure des téguments et sortie de l'os qui dût être enlevé.

Cet accident fut suivi d'un *delirium tremens* qui dura plus de quinze jours. On ne put le faire cesser que par l'usage du laudanum à haute dose. Plus tard survint un phlegmon suppuré de toute la région. Les plaies cicatrisées, le membre fut placé dans un appareil dextriné. Aujourd'hui, la guérison est complète, mais il existe une ankylose

presque complète de l'articulation, ce qui n'empêche pas le malade de marcher en s'appuyant seulement sur une canne.

Résection de la tête du fémur dans un cas de coxalgie.

M. MARJOLIN présente l'extrémité supérieure du fémur d'un jeune garçon de 7 ans, réséquée pour une coxalgie qui avait pendant quelque temps semblé guérie. C'est la cinquième opération de ce genre qu'il pratique. Deux fois la vie a été prolongée d'une année, puis ces malades ont fini par succomber épuisés par la suppuration. Dans les deux autres cas, une fois le succès a été aussi complet que possible. Quant au second malade opéré le 10 décembre 1864, l'amélioration a été assez grande pour qu'il put supporter le voyage à Berck.

M. Marjolin, qui se propose de revenir plus tard sur ce sujet, a voulu aujourd'hui faire constater par l'examen de la pièce fraîche, que la tête du fémur avait été presque entièrement détruite, et que l'ostéite, loin d'avoir été arrêtée par le cartilage épiphysaire, l'avait détruit dans un point et envahi une partie du col. La section qui a été faite au niveau de la base du col, a porté sur des portions saines du tissu osseux.

Chez ce malade il y avait une luxation du fémur, et d'après l'examen fait pendant l'opération, il est à craindre que l'os iliaque ne soit profondément altéré.

M. DEMARQUAY. Je me suis trouvé l'an dernier en présence d'un enfant attteint de coxalgie ancienne avec décollement considérable des parties molles, luxation consécutive et un état général déplorable. Je n'ai pas cru devoir faire la résection, je me suis contenté de pratiquer des contre-ouvertures. J'avais été arrêté par le mauvais état probable de la cavité cotyloïde et du fémur. Aujourd'hui mon jeune malade n'est pas complétement guéri, mais sa santé est considérablement améliorée et il commence à marcher avec des béquilles.

M. MARJOLIN. Il m'est arrivé assez souvent, dans les résections faites sur les métatarsiens, de tomber sur des os évidemment malades; je n'ai pas voulu désarticuler, et cependant j'ai eu des guérisons. J'ai vu d'autres articulations que celle de la hanche suppurer, s'ouvrir et guérir avec conservation des mouvements; aussi je ne regarde la résection que comme l'*ultima ratio*. Néanmoins, je crois qu'on hésite trop souvent. Je sais bien qu'il peut y avoir des récidives dans d'autres points, et j'ai malheureusement vu des enfants amputés de la cuisse mourir, plus tard, d'abcès par congestion; mais enfin, ils avaient eu quelques années de vie et de santé. J'accorde qu'il n'est pas toujours possible de savoir à l'avance quels seront les désordres du côté du bassin, mais nous savons aussi que les fongosités ont une certaine

tendance à se transformer, et nous avons vu des surfaces osseuses très-malades se cicatriser. Pour ma part, j'ai l'habitude de respecter ces fongosités, je suis très-sobre de cautérisation et de rugination sur la cavité cotyloïde et les résultats obtenus m'ont jusqu'à présent donné raison.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 24 MAI 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

— M. Paul Delmas, de Bordeaux, fait hommage à la Société de deux brochures intitulées : 1° *Extrait de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps à Bordeaux*; 2° *De la pulvérisation.*

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part du docteur Giambattista Garibaldi, une brochure intitulée : *Manuale pratico di chirurgia Giadigiaria.*

— M. Préterre adresse une lettre relative à des obturateurs de la voûte palatine. (Commissaires : MM. Larrey, Verneuil, Dolbeau.)

M. Giraldès, à l'occasion de la correspondance, fait part à la Société de la mort de V. Mott (de New-York).

La Société de chirurgie vient de perdre un de ses plus illustres membres associés : le Nestor de la chirurgie américaine, Valentine Mott, est décédé à New-York le 26 avril de la présente année, à l'âge de quatre-vingts ans. La longue et laborieuse carrière parcourue par cet éminent chirurgien est marquée par une série de grandes et brillantes opérations, dont la hardiesse marquera profondément son nom dans les pages de l'histoire. Valentine Mott appartient à l'ordre de ces chirurgiens dont l'initiative hardie conçoit et exécute les opérations les plus difficiles. La ligature de l'artère innominée (brachio-céphalique), de l'artère iliaque primitive, de l'iliaque interne, ont placé de bonne heure le nom du chirurgien américain parmi les opérateurs les plus habiles. Valentine Mott naquit à Glen-Cove, Long-Island,

de l'État de New-York, le 20 août 1785; il fit ses études médicales au collége médical de Colombia. Reçu docteur au mois de mars 1806, il vint aussitôt en Europe pour perfectionner son éducation médicale; il entra comme élève à l'hôpital de Guy, à Londres, dans le service d'Astley-Cooper. Il resta deux années sous la direction de ce maître célèbre; et, après un court séjour à Édimbourg, il retourna en Amérique. Peu de temps après son arrivée, 1810, Valentine Mott fut nommé démonstrateur d'anatomie du professeur Post, au collége de Colombia; et, l'année après, professeur de chirurgie dans la même institution; il avait à peine vingt-six ans. En 1814, il fut nommé chirurgien de l'hôpital de New-York; et, en 1826, professeur de chirurgie de Rutyer's-College. En 1834, l'état de sa santé l'obligea à venir en Europe, où il demeura jusqu'en 1841.

Dans les positions chirurgicales qu'il occupa, il donna la mesure de sa hardiesse et de son habileté opératoiro. En 1816, le premier en Amérique, il pratiqua avec succès la désarticulation de la cuisse chez un enfant de onze ans.

En 1818, le premier il osa porter une ligature sur le tronc brachio-céphalique dans un cas d'anévrisme; en 1828, le premier encore il y pratique avec succès l'ablation complète de la clavicule chez un jeune homme de dix-neuf ans; en 1827, après Gibson, il pratique avec succès la ligature de l'artère iliaque primitive pour un anévrisme; en 1831, il enlève complétement la glande parotide pour une mélanose de cette glande chez un jeune homme de vingt et un ans; en 1833, dans un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière, il pratique la ligature de cette artère en dedans des scalènes; en 1833, la ligature des deux carotides à quinze minutes d'intervalle; et, en 1834, la ligature de l'artère iliaque interne pour un anévrisme de la fessière.

Outre les opérations de ligature des principaux troncs artériels, Mott imagina et mit en pratique la résection partielle du maxillaire supérieur dans un cas de tumeur volumineuse de la cavité nasale et du pharynx. Il serait inutile et sans intérêt d'énumérer les grandes opérations chirurgicales pratiquées et menées à bonne fin par l'éminent chirurgien américain.

De retour à New-York en 1841, Valentine Mott publia, en 1842, ses impressions de voyage dans l'ancien continent sous le titre : *Travels in Europe and East;* il fonda en outre dans cette ville, aussitôt son retour, une institution orthopédique et une école de médecine sous le nom de Wuivevicty medical College de New-York; enfin, avec le docteur Stevens Wood, il est un des créateurs de l'Académie de médecine de New-York.

En 1849, Valentine Mott eut quelques velléités d'abandonner son

enseignement ; mais sa grande autorité, la popularité de son nom, l'empêchèrent de réaliser complétement ce projet. Il resta attaché à l'enseignement de la chirurgie sous le titre de professeur émérite ; nous avons des raisons de croire qu'il continua cet enseignement. Nous trouvons en effet ses leçons de clinique chirurgicale pour l'année 1856-60, reproduites dans un petit volume rédigé par M. Samuel Francis.

Il est à regretter que d'aussi grandes richesses, qu'un aussi grand nombre de matériaux, n'aient pas été réunis en corps de doctrine, ou bien que les mille spécimens de son musée d'anatomie pathologique, dont le catalogue a été publié en 1858, n'aient pas été employés à élucider quelques points de chirurgie. Heureusement qu'une grande partie des travaux du chirurgien américain se trouve résumée dans les nombreuses additions qu'il a ajoutées à la traduction de la médecine opératoire de notre vénéré maître le professeur Velpeau.

Outre ces travaux, Valentine Mott a publié une *Biographie* de son maître le docteur Wright Post, et l'*Éloge académique* du docteur John Francis.

Valentine Mott appartenait à un grand nombre de sociétés savantes. Membre honoraire de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie, de la Société royale de médecine, de chirurgie de Londres, etc., etc., il était en outre chirurgien consultant des hôpitaux de la cité, de Saint-Vincent, des maladies des femmes, des Juifs ; il conservait le titre de professeur de chirurgie et d'anatomie chirurgicale à l'université de New-York.

M. LARREY. Je demanderai la permission d'ajouter que c'est V. Mott qui m'avait adressé M. Kingsley, qui nous a présenté, dans une des dernières séances, des obturateurs des divisions de la voûte palatine. Cette recommandation n'a pas peu contribué à faire patronner M. Kingsley devant la Société.

COMMUNICATION.

De l'uréthrotomie interne.

M. PERRIN (Maurice). Il y aura bientôt deux ans, j'ai eu l'honneur de vous communiquer les résultats immédiats de 13 opérations d'uréthrotomie interne que j'avais pratiquées. Ces résultats pouvaient servir à déterminer le degré de gravité de cette opération, mais non à la juger comme méthode curative. Il fallait suivre longtemps les malades pour avoir des observations complètes et concluantes. C'est ce que j'ai fait dans les limites du possible. Bien que nous soyons

particulièrement favorisés dans l'armée pour ce genre de recherches, j'ai subi plus d'échecs que je ne m'y attendais. Plusieurs de mes urèthres convalescents étaient dispersés aux quatre coins du monde, et tous n'ont pas répondu à mon appel.

Voici ce qu'a produit mon enquête :

Le sujet de l'observation n° 1, actuellement tambour dans la garde nationale de Paris, fut opéré de deux rétrécissements le 16 janvier 1862. La guérison se maintint pendant un an, puis les mêmes accidents se reproduisirent. Un traitement par la dilatation y porta remède, et, bien qu'il fût resté incomplet par suite de l'indocilité du malade, le résultat acquis s'est maintenu; l'excrétion urinaire s'est effectuée sans difficulté jusqu'à ce jour.

Le sujet de l'observation n° 2, chez lequel je fus obligé de pratiquer deux uréthrotomies successives au commencement de 1862, est actuellement libéré du service militaire. Jusqu'alors la guérison s'est maintenue, en ce sens que le malade m'apprend qu'il urine librement, largement, comme à l'époque de sa sortie de l'hôpital.

Pas de nouvelles de mon troisième opéré.

Le quatrième mérite une mention toute spéciale. Il s'agit d'un vieillard de soixante-six ans, opéré le 6 décembre 1862 d'un rétrécissement très-ancien, très-serré, et qui avait entraîné de graves complications du côté des reins. La section du rétrécissement sans dilatation consécutive, suivant ma pratique habituelle, fut suivie d'une amélioration très-rapide dans l'état de la santé générale. Il sortit au bout de quinze jours, et je le perdis de vue.

Six mois après, le jet d'urine était encore satisfaisant; cependant, le canal avait un peu perdu de sa largeur, puisqu'il n'admettait plus qu'un dilatateur de 4 millimètres.

Au commencement de cette année, il rentra dans mon service pour une éruption furonculeuse. Les fonctions urinaires s'exécutaient bien, et le canal avait conservé le degré de dilatation que j'avais constaté six mois après l'opération, c'est-à-dire qu'il fut traversé sans effort par un cathéter de 4 millimètres. Au moment où je m'y attendais le moins, de graves accidents éclatèrent du côté du cœur et de la respiration.

Après deux jours de soins infructueux, le malade succomba dans un état d'anxiété extrême.

A l'autopsie, je trouvai dans l'oreillette droite un caillot fibrineux libre, volumineux, et qui paraissait remonter à une certaine époque. Les cavités du cœur, les veines et les artères pulmonaires, les veines caves, l'aorte jusqu'à sa bifurcation, les artères carotides et les veines jugulaires étaient distendues par de longs caillots absolument

comme si l'on eût pratiqué dans les vaisseaux une injection coagulante.

Le canal de l'urèthre fut examiné avec un soin tout particulier. Comme j'avais pratiqué la section du rétrécissement en suivant la paroi inférieure, il fut ouvert du côté opposé dans toute sa longueur. On reconnut facilement le rétrécissement, les traces de l'incision et ses suites. J'ai conservé la pièce aussi peu altérée que possible; c'est elle que j'ai l'honneur de mettre en ce moment sous vos yeux. Le rétrécissement siégeait à 15 centimètres du méat, au niveau du collet du bulbe; sa longueur, qu'il est encore possible de déterminer à cause de la persistance de son tissu constitutif, est de 13 millimètres. Il était épais, fibreux, formait un relief, qui subsiste encore, et envoyait de nombreux prolongements fibrillaires dans l'épaisseur du corps spongieux, qui paraît entièrement oblitéré à son niveau. L'incision a été exactement limitée à la portion rétrécie : elle mesure 12 millimètres de longueur. Les lèvres de la plaie qu'elle a produite sont maintenues écartées; elles sont épaisses, fibreuses, arrondies, peu adhérentes aux parties sous-jacentes; elles forment un relief qui circonscrit un espace losangique de 12 millimètres de long et de 6 millimètres de large. Cet espace, qui peut être augmenté d'un tiers environ en surface par des tractions transversales, est d'aspect réticulé, de couleur ardoisée; il est tapissé par une membrane fine, souple et bien distincte du tissu du rétrécissement.

Le canal, abandonné à lui-même, présente en largeur les dimensions suivantes :

Immédiatement en avant du rétrécissement. .	9 millimètres.
Au niveau du rétrécissement.	9 »
Immédiatement en arrière.	9 »

Le sujet de l'observation n° 5 appartient aujourd'hui à la compagnie de vétérans en résidence à Vernon. Il a été opéré au mois de décembre 1861.

J'ai exploré depuis lors le canal de l'urèthre à diverses reprises : le degré de dilatation obtenu immédiatement s'est conservé intégralement. Ce fait présente même cette particularité qu'au moment de sortir de l'hôpital, vingt-quatre jours après l'incision, le canal ne pouvait être traversé sans efforts qu'avec un dilatateur de 3 millimètres et demi, tandis que par la suite et aujourd'hui encore il admet aisément le n° de 4 millimètres et demi.

La sixième observation est relative à un malade atteint d'un rétrécissement qui avait amené des fistules urinaires multiples; la récidive

fut très-prompte. Quinze jours suffirent pour faire perdre les bénéfices de l'opération.

Le sujet de la septième observation appartient encore au 33ᵉ de ligne. Il fut opéré en décembre 1861.

Voici ce que m'écrivait, il y a quelques mois, le médecin civil d'Alençon, chargé du service de santé du détachement, qui avait bien voulu l'examiner sur ma demande :

« Il n'y a plus aucune douleur ni aucune pesanteur au périnée ; l'émission des urines est régulière, le jet bien calibré ; ce militaire retient également ses urines avec la plus grande facilité, et il ne trouve aucune différence entre son état actuel et l'état normal qui a précédé l'existence du rétrécissement. »

Pas de nouvelles du malade qui figure dans l'observation nº 8.

Celui qui fait l'objet de l'observation nº 9 fut opéré en janvier 1862 d'un rétrécissement peu serré, situé au niveau du bulbe. Au bout de quatorze mois, il survint de nouveau de la gêne dans la miction. Mon collègue M. Arnould, dans le service duquel il se trouvait pour une autre affection, constata l'existence d'un seul rétrécissement situé à 4 centimètres du méat. Les premières explorations, de même que l'usage des bougies employées pour obtenir la dilatation, firent reconnaître qu'il n'existait aucun obstacle dans les régions profondes. Tout porte à croire, bien que je n'aie pas vérifié le fait moi-même, que les résultats de l'uréthrotomie se sont maintenus au moins pendant quatorze mois. Depuis lors, j'ai perdu de vue le malade.

Mon dixième opéré était un Piémontais annexé et libéré du service. Pas de renseignements.

Le onzième appartient aujourd'hui à l'Administration des omnibus. Opéré pour un rétrécissement peu serré, mais réfractaire à la dilatation, dans le mois de février 1862, il est resté guéri jusqu'alors. Je n'ai point pratiqué de cathétérisme exploratif, mais j'ai vu le jet d'urine qui est resté franc, large et vigoureux.

Reste le douzième opéré. Il appartenait à la gendarmerie coloniale. Je n'avais guère l'espoir de le retrouver, et je ne m'étais pas trompé. Il m'a été impossible d'avoir de ses nouvelles.

Voilà quelles ont été les suites éloignées des opérations dont j'ai eu l'honneur d'entretenir la Société il y aura bientôt deux ans. Depuis lors, j'ai fait deux nouvelles uréthrotomies dans des conditions qui me paraissent assez intéressantes pour être rappelées avec quelques détails.

Obs. 13. — *Uréthrotomie interne chez un homme de cinquante-sept ans auquel on avait pratiqué l'uréthrotomie externe sept ans*

auparavant. Guérison sans traitement par la dilatation consécutive.

Un homme de cinquante-sept ans, d'une bonne santé habituelle, éprouva, vers 1836, à la suite d'une blennorrhagie ancienne, de la gêne dans l'émission des urines. A cette gêne succéda promptement une rétention complète. Il reçut, lors de cette première atteinte, des soins de feu le docteur Maingault, qui employa la dilatation progressive durant six semaines et rétablit les fonctions d'une façon satisfaisante. Le mal demeura latent pendant huit années. En 1844, nouvelle difficulté pour uriner sans l'intervention d'aucune cause connue ou avouée. Le malade essaya de recourir à l'emploi des bougies qui lui avait été conseillé : il ne put réussir à cause de l'extrême sensibilité du canal. Il passa ainsi sept années sans soins, voyant le mal s'aggraver de jour en jour, éprouvant de vives souffrances en urinant et tourmenté de temps à autre par des rétentions complètes ou par de l'incontinence. Bref, cette longue incurie aboutit vers la fin de 1851 à une infiltration urinaire qui le contraignit à entrer à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Michon. Cet accident entraîna une gangrène du scrotum et du fourreau de la verge, à laquelle M. Michon remédia par une autoplastie qui fut suivie d'un succès complet. Concurremment, le rétrécissement uréthral fut encore attaqué par la dilatation, et le malade sortit en bon état après huit mois de séjour à l'hôpital. Nouvelle rechute en 1859 : la miction devient rapidement fort difficile, incomplète, très-douloureuse. Le malheureux rentra dans le service de M. Michon, qui fit pendant deux mois d'inutiles tentatives pour franchir le rétrécissement. En désespoir de cause, notre collègue eut recours à l'uréthrotomie externe qu'il pratiqua le 1er mai 1859.

L'opération fut encore suivie de succès. Le cours des urines fut rétabli, et le malade, impatient de vaquer à des occupations urgentes, sortit de l'hôpital, malgré M. Michon, le 17 mai.

De nouvelles difficultés pour uriner ne tardèrent pas à se montrer pour la quatrième fois. Malgré l'expérience du passé, l'incurie prévalut comme toujours : quatre ans s'écoulèrent dans un état de plus en plus précaire jusqu'à ce que le cours des urines fût supprimé totalement, le 16 mai 1863.

C'est alors que je vis le malade pour la première fois. La rétention était complète : la vessie remontait à deux centimètres de l'ombilic ; l'anxiété était extrême, la peau recouverte d'une sueur froide et le malheureux avait passé plusieurs jours et plusieurs nuits accroupi sur son lit, cramponné à une traverse et cherchant au prix des plus violents efforts à obtenir quelques gouttes d'urine. Pendant assez longtemps

je ne pus traverser le rétrécissement : toutefois l'introduction de bougies facilitait après coup l'écoulement d'une certaine quantité d'urine, ce qui soulageait beaucoup le malade. Enfin l'obstacle put être franchi avec une bougie filiforme en baleine et à olive. Quelques instants après, le conducteur de l'uréthrotome fut introduit et l'incision pratiquée. C'était le 29 juillet 1863. Un cathéter de 6 m. 2/3 passa sans difficulté immédiatement après l'opératien. La journée fut calme et éminemment réparatrice. Pas de frisson ; écoulement de sang modéré pendant vingt-quatre heures, le jet urinaire est énergique, mais moins volumineux que ne le ferait supposer le calibre du canal. Son passage provoque une vive ardeur. Pendant les premiers jours qui suivirent l'incision, suintement séro-purulent par le méat.

Pas de traitement consécutif. Le 4 août, c'est-à-dire six jours après l'opération, le malade a recouvré l'appétit et des forces ; tout écoulement disparaît ; le canal est moins impressionnable ; les besoins nocturnes ont disparu, la vessie se vide facilement et complétement, mais par un jet moins volumineux que chez mes autres opérés. Le malade sort de l'hôpital pour reprendre ses travaux. L'état de la miction me détermina à lui recommander expressément de venir se faire sonder aussitôt que toute ardeur en urinant aurait disparu. Selon l'usage, il promit tout, mais se garda bien d'en rien faire. Néanmoins le jet de l'urine augmenta de volume sans intervention d'aucune sorte. La guérison se maintint jusqu'au mois de juillet 1864, époque à laquelle il succomba aux progrès d'une affection organique de l'estomac. Il ne me fut pas possible malheureusement de pratiquer l'autopsie du canal.

Obs. 14. — Les détails de cette dernière opération ont été recueillis au lit du malade par M. le docteur Dieu, médecin aide-major attaché à mon service.

Rétrécissement ancien du canal de l'urèthre ; abcès urineux ; uréthrotomie interne ; guérison complète, quatre jours après l'opération.

François Joseph, âgé de soixante-cinq ans, bonne constitution, n'a jamais été malade sérieusement pendant toute sa vie ; il prétend n'avoir jamais eu ni uréthrite, ni aucune affection vénérienne.

Depuis de longues années, cet homme voyait de jour en jour son jet d'urine diminuer, lorsqu'il y a sept ans, il fut pris tout à coup d'une rétention complète d'urine, sans cause connue ; il a été sondé avec une sonde de quatre millimètres de diamètre environ, et l'urine est sortie aussitôt ; mais le médecin qui avait pratiqué le cathétérisme, n'a pu retirer la sonde, et ce n'est que trois heures après, qu'un de ses confrères est parvenu à la retirer ; il s'est écoulé du sang environ

pendant vingt heures après cette opération, mais peu abondamment. Le lendemain, il n'a eu aucun frisson, aucun accident. Depuis cette époque, le malade n'a rien éprouvé de particulier, seulement il urinait souvent, et toujours avec difficulté.

Le 12 février, en faisant de violents efforts pour aller à la selle, il sentit tout à coup, sans éprouver aucune douleur, une tumeur de la grosseur d'une noix qui s'était formée au périnée dans la région du bulbe. Cette tumeur est dure, arrondie, et ne présente aucun point fluctuant. Le malade ne veut subir aucun traitement, et ce n'est que le 11 mars, un mois après l'accident qu'il se décide à entrer à l'infirmerie.

La tumeur n'est pas augmentée de volume, seulement elle fait souffrir le malade, et présente une fluctuation manifeste. On diagnostique un abcès urineux ; il est incisé, et il en sort un pus bien lié et non fétide. Le même jour on fait des tentatives de cathétérisme avec des bougies filiformes ; mais, après quelques essais infructueux, on laisse le malade. Il est probable que l'abcès, comprimant les parois du canal, est une des causes pour lesquelles on ne put pénétrer dans la vessie. — *Cataplasmes.*

12 mars. — L'abcès suppure peu ; aucune goutte d'urine ne passe par la plaio.

13. — L'abcès continue à bien aller ; on fait uriner le malade, son jet est filiforme, mais aucune goutte d'urine ne passe par l'abcès. On explore le canal, et on constate la présence d'un rétrécissement très-serré situé à quinze centimètres du méat urinaire.

14. — On pousse assez difficilement la bougie filiforme de l'uréthrotome de Maisonneuve, et au moment où on introduit le porte-lance, il s'écoule du canal un peu de muco-pus. Le rétrécissement est incisé d'avant en arrière avec l'uréthrotome unilatéral, mais il est très-résistant, et il faut employer une certaine force pour le franchir. Lorsque l'on veut retirer la lance, on éprouve de la difficulté, alors on incise de nouveau d'arrière en avant pour retirer l'instrument.

Douleur assez vive ; léger écoulement de sang mêlé à quelques gouttes d'urine.

Aussitôt après la section, on introduit une sonde en caoutchouc, de sept millimètres de diamètre (on est obligé d'inciser le méat urinaire qui est très-étroit, pour faciliter l'introduction de la sonde) et on sent parfaitement la sensation d'un léger déchirement, au moment où la sonde franchit le rétrécissement incisé.

La sonde est fixée dans la vessie, et on recommande au malade de laisser couler l'urine par la sonde toutes les heures.

Deux heures après, le malade qui avait été très-effrayé ne ressent aucune douleur, il est même gai, et rit de la frayeur qu'il a eue pendant l'opération.

Le 14. — Dans la journée du 14, aucun mouvement fébrile, aucun frisson, pouls à 70. Légère douleur au méat urinaire provenant du débridement, et sensation de cuisson dans le canal, chaque fois qu'il vide sa vessie. Cependant il ne s'écoule aucune goutte d'urine entre la sonde et le canal. Ses urines sont un peu teintées en rouge par le sang. Pendant la nuit, envie fréquente d'uriner.

Le 15 au matin, les urines sont très-limpides; aucune trace de sang.

Le 16. — Aucune réaction fébrile. Le malade a bien dormi pendant la nuit; il a bon appétit.

On retire la sonde, qui est restée quarante-huit heures; elle est rugueuse, et il s'écoule un peu de muco-pus mêlé à un peu de sang. On recommande au malade d'uriner le plus tard possible.

Le 17. — Le malade est levé; il urine parfaitement seul; aucune cuisson dans le canal, pas le moindre écoulement de muco-pus.

La petite tumeur du périnée diminue de jour en jour, et il ne s'écoule plus rien par l'ouverture qu'on y a faite. Le malade a uriné cinq fois pendant la nuit.

Le 18. — Le malade va parfaitement, seulement au niveau du filet on constate une petite tumeur, grosse comme un pois, développée dans les parois du canal, et qui doit être analogue à la tumeur du périnée. Elle fait un peu souffrir le malade lorsqu'il urine.

Le 19. — Le malade urine avec la plus grande facilité; la tumeur du périnée est considérablement réduite, et la tumeur située auprès du filet ne fait plus souffrir le malade. Il a uriné quatre fois la nuit.

Le 25. — On passe avec facilité dans le canal une sonde de quatre millimètres de diamètre, et le 26 le malade sort parfaitement guéri, ne conservant qu'un léger empâtement au niveau de la tumeur.

Voici donc en résumé quels ont été entre mes mains les résultats immédiats et éloignés de l'uréthrotomie interne.

Quinze opérations chez quatorze sujets d'âge variable de vingt à soixante-six ans. Pas d'accident, si ce n'est un petit abcès périnéal dans un cas de rétrécissement cicatriciel très-étendu.

De ces quatorze malades, l'un a été récemment opéré, et quatre n'ont pas été retrouvés. On ne peut en tenir compte pour apprécier les suites éloignées de l'incision. Il en reste donc neuf répartis comme il suit : Un premier, atteint de fistules urinaires multiples, anciennes et compliquées d'infiltrations plastiques considérables, eut une récidive immédiate; un deuxième, une récidive au bout d'un an, et les

sept autres ont conservé jusqu'alors, c'est-à-dire après plus de trois années en moyenne, ou bien jusqu'au moment de leur mort les bénéfices de l'incision.

Messieurs, lors de ma première communication, je me suis borné à mettre, sous forme de propositions, de très-courtes observations sur l'uréthrotomie interne, désirant laisser à ceux de mes collègues qui avaient plus d'expérience, le soin de statuer sur cette intéressante question de pratique en attribuant l'importance qu'ils méritent aux progrès récents accomplis par cette méthode de traitement. L'heure était sans doute prématurée ou le moment mal choisi, car il n'en fut pas ainsi. En relisant les détails de la discussion soulevée à cette tribune par notre collègue, M. Dolbeau, on s'aperçoit bien vite que l'opinion générale est restée immobile depuis la réprobation soulevée par les premiers essais de Reybard. L'uréthrotomie y est envisagée comme une opération grave, dangereuse, et à ce titre comme une ressource réservée aux cas extrêmement rares dans lesquels on ne peut pas faire autrement. Cette opinion s'est affirmée avec une telle énergie de conviction, qu'elle a laissé peu de prise à la controverse. C'était comme un dogme qui voulait s'imposer. Il en est résulté cette situation singulière : les rares partisans de l'uréthrotomie dans le sein de la Société ont eu moins à faire valoir leur pratique qu'à se défendre contre le reproche d'imprudence ou de témérité, qui, s'il n'était clairement exprimé, se laissait aisément deviner dans plusieurs argumentations.

Messieurs, je sens tout ce qu'un accord aussi imposant commande de réserve. Et pourtant, je suis bien obligé de l'avouer, je ne me sens nullement ébranlé. Je crois plus que jamais que l'uréthrotomie n'a pas été appréciée ici à sa juste valeur. Il semblerait que c'est une de ces opérations qui résistent mal à la critique, par cela qu'elles ont grassement végété pendant longtemps à l'ombre du spécialisme. Ma confiance en elle est si profonde, si complète, que je considère presque comme un devoir vis-à-vis de moi-même de vous soumettre les motifs sur lesquels elle est fondée.

Mais, avant d'aborder ce sujet, il importe de bien s'entendre sur la valeur des mots et des choses, car il est resté un peu de confusion dans mon esprit sur la façon dont quelques-uns de nos collègues envisageaient la portée clinique de l'uréthrotomie. Pour la plupart des chirurgiens qui ont inauguré ou, si vous voulez, restauré ce moyen de traitement, l'incision des rétrécissements est une méthode spéciale, complète, qui réside essentiellement et exclusivement dans la section du point ou des points rétrécis du canal de l'urèthre : elle n'emprunte rien à la dilatation progressive, si ce n'est le moyen

d'obtenir une perméabilité suffisante pour le passage des instruments. J'insiste sur ce point, parce qu'il a été question, ici et ailleurs, d'un tout autre procédé, sorte de compromis entre les deux méthodes, qui consisterait à faire de l'uréthrotomie un accessoire, comme un des temps de la dilatation progressive. Celle-ci resterait la méthode unique de traitement; seulement dans quelques cas spéciaux, quand, par exemple, on rencontrerait une susceptibilité trop grande du canal, un tissu trop peu disposé à se laisser dilater, on pratiquerait l'incision, sauf à reprendre ensuite l'usage régulier des bougies. J'ignore ce que vaut cette méthode mixte déjà ancienne, parce qu'elle n'a pas fait suffisamment ses preuves, mais je tiens à déclarer tout d'abord que ce n'est pas d'elle qu'il s'agit ici, mais bien de la stricturotomie pure et simple, dégagée de tout ce qui nous empêche de bien la juger; je veux parler surtout de la dilatation préalable, préconisée dans le but de rendre le canal plus tolérant, et de la dilatation progressive consécutive, dans le but théorique d'assurer les bénéfices de l'opération.

Messieurs, nous sommes tous d'accord sur certains avantages secondaires de l'uréthrotomie; elle est d'une exécution sûre et précise, elle est rapide : elle donne les résultats immédiats les plus brillants. Mais on l'accuse d'exposer à de promptes récidives et surtout d'être plus dangereuse pour le malade. On a dit, on a répété et on répétera sans doute encore, que l'incision de l'urèthre amène assez fréquemment des accidents sérieux et même la mort, tandis que la dilatation est inoffensive. C'est même sur cette base, établie en quelque sorte comme un axiome, que les discussions sur ce sujet se sont engagées et soutenues jusqu'alors. Si cette proposition était démontrée par l'observation, elle entraînerait *de plano* la proscription de l'uréthrotomie, sauf pour quelques cas exceptionnels et comme mesure de nécessité. Mais la preuve n'est pas faite, et les affirmations les plus autorisées n'en tiendront pas lieu.

On ne saurait admettre d'abord que la dilatation, même la plus sage, la mieux conduite, soit toujours inoffensive : les cas de mort, observés à la suite d'un simple cathétérisme ou d'une séance laborieuse de dilatation, ne sont pas déjà si rares. Les thèses de MM. Perdrigeon, Mauvais, de Saint-Germain, Marc, en renferment un grand nombre, empruntés pour la plupart à la pratique de nos maîtres et de nos collègues des hôpitaux de Paris; mais je veux n'en pas tenir compte.

Le grave reproche que je lui adresse c'est d'être radicalement incapable de suffire, non pas seulement aux exigences de quelques cas particuliers, mais aux besoins généraux de la pratique, à cause de la lenteur et de l'incertitude de sa marche, à cause de l'infidélité ou du

peu de durée des résultats qu'elle donne. Je n'apprendrai rien à personne en rappelant que le traitement des rétrécissements a toujours fait le désespoir du médecin et surtout des malades, précisément parce que la dilatation progressive a généralement prévalu. Aussi que d'efforts ont été tentés pour trouver une voie meilleure ! Il y a longtemps qu'on incise les rétrécissements, comme le faisait observer ici notre maître, M. Velpeau : on les a scarifiés, cautérisés de diverses façons, déchirés, etc. Si la plupart de ces pratiques ont été abandonnées parce qu'elles étaient mauvaises, elles n'en témoignent pas moins du peu de ressources que fournit la dilatation. Elle ne tue pas par elle-même, je l'accorde ; mais elle laisse trop souvent mourir ceux qui lui résistent.

Il n'est pas besoin d'une pratique bien longue dans les hôpitaux pour faire connaissance avec les embarras et les dangers qu'elle enfante, et dont je crois être en droit de lui demander compte.

Vous savez mieux que moi comment les choses se passent. Un rétréci entre dans nos salles : la plupart du temps l'horreur de l'hôpital ne nous l'amène qu'au moment où la miction est devenue difficile ou même rendue impossible par quelque récent excès. On tente la dilatation. Une bougie filiforme passe. On y revient le lendemain, elle ne passe plus ; ainsi le surlendemain et même plusieurs jours de suite. Je sais bien qu'en y mettant du temps, de la patience, on triomphe le plus souvent de la capricieuse susceptibilité du canal. Mais ce n'est pas le seul écueil qui entrave la marche. La sensibilité du canal, bien loin de s'émousser comme on l'espère, s'exalte. Le malade est tourmenté par des envies incessantes d'uriner. Fréquemment la bougie est mal supportée ; un accès de fièvre, une orchite, des accidents nerveux surviennent. Il faut du repos, et durant cette période d'inaction, les bénéfices du traitement antérieur disparaissent. Vous êtes ramené au point de départ. Je suppose les cas les plus heureux ; on pourrait ajouter les plus rares, ceux dans lesquels la dilatation marche régulièrement, rapidement, il n'en faudra pas moins plusieurs semaines, peut-être plusieurs mois, suivant le degré de souplesse du rétrécissement pour rétablir convenablement et complétement le cours des urines. Tant que le malade n'en est pas arrivé à cette période du traitement, il court les dangers inhérents à la rétention partielle des urines dans la vessie : dangers variables suivant l'âge, et d'autres conditions, mais dangers réels dont il est impossible de ne pas tenir compte. Toute la fonction est en souffrance ; les urines se troublent, s'altèrent ; la vessie peut s'enflammer, les reins devenir malades ; un abcès de la prostate ou des parois de l'urèthre se déclarer, etc. Nous avons tous vu des accidents de ce genre ! Cependant, pour être juste, il convient

d'ajouter que dans la grande majorité des cas, ce qui est à craindre n'arrive pas, et le patient, après six semaines, deux mois, trois mois de traitement, quelquefois plus, quelquefois moins, sort de l'hôpital guéri ; il urine avec un jet superbe. On le munit d'une bougie, et on lui recommande de l'introduire dans le canal au moins une fois tous les huit jours, sous peine de récidive. Règle générale, il oubliera tout, bougies, médecin et prédictions pour retourner à ses travaux ou à ses plaisirs. Le mal reparaît presque fatalement plus ou moins rapide. Le souvenir d'un long séjour à l'hôpital ou d'un traitement onéreux de plusieurs mois va devenir un obstacle à toute intervention opportune. Je sais bien que l'incurie est pour beaucoup dans cette inaction, mais il est de toute évidence qu'elle sera d'autant plus funeste, qu'elle aura pour point d'appui, soit les exigences du pain quotidien, soit le dommage réel causé par un long chômage ou un traitement dispendieux. Tant qu'on le peut on temporise : à la dernière extrémité pourtant on se décide, mais presque toujours avec la précaution de s'adresser à d'autres mains. C'est alors à l'occasion d'une troisième, d'une quatrième récidive que nous nous trouvons en présence de ces complications tardives qui entraînent la mort ou d'incurables infirmités. Ici ce sera une rétention complète et persistante des urines qui réclame d'urgence une opération grave, une ponction de la vessie, une boutonnière, etc. Ailleurs ce sera une infiltration d'urine, une néphrite, une cystite parenchymateuse, une prostatite suppurée des fistules incurables, etc. N'est-ce pas l'histoire plus ou moins accidentée d'un bon nombre de rétrécis ? J'ignore quelle en est la proportion, car aucune statistique que je sache n'a été faite à ce point de vue, mais votre expérience m'autorise à dire qu'une issue semblable n'est pas rare.

La méthode de la dilatation se tire à merveille de ces cas embarrassants. On ne meurt jamais de la dilatation, mais on meurt de pyélonéphrite, de cystite, de résorption purulente, etc. C'est à cette distinction que je faisais allusion tout à l'heure, quand je disais que la méthode de dilatation progressive ne tuait jamais, mais qu'elle laissait mourir ceux qui lui résistent. Au point où nous en sommes arrivés, toute la question se réduit à ceci : Le triste cortége des maladies qu'engendrent les rétrécissements du canal de l'urèthre, est-il une conséquence inévitable, fatale, quel que soit le moyen que l'on emploie pour les combattre, ou bien dépend-il de la méthode de traitement employé ? Je n'hésite pas à engager la responsabilité de la dilatation progressive ; elle est insuffisante, et par cela même dangereuse. Il me serait difficile de le démontrer par des chiffres, mais n'est-il pas évident qu'en substituant à un traitement lent, incertain et onéreux,

nn traitement de quelques jours, on diminuera considérablement si on ne les supprime, les accidents qui ont pour raisons d'être principales, l'incurie des malades on leur peu de ressources.

Je vous demande pardon d'avoir autant insisté sur des détails qui vous sont familiers ; mais il était indispensable de les rappeler pour établir le véritable point de vue méconnu jusqu'alors, auquel il est possible seulement d'apprécier l'uréthrotomie interne, d'avoir en parallèle ses avantages et ses inconvénients. Son avantage inappréciable, je viens de le dire, c'est de porter secours aux délaissés de la dilatation, et de donner une garantie contre les complications prochaines ou éloignées des rétrécissements.

Voyons maintenant quels sont ses inconvénients, et d'abord quelle est la mortalité qu'elle entraîne.

Messieurs, les bonnes choses naissent rarement de toutes pièces ; elles exposent à de nombreux tâtonnements. Plus le but à atteindre est environné d'écueils, moins la route est connue, plus la période d'expérimentation est longue, périlleuse. La méthode de l'uréthrotomie n'a point échappé à cette loi naturelle de développement ; elle a eu des débuts incertains, des essais compromettants, des procédés contradictoires. Mais de ces tentatives diverses est née une méthode meilleure, sûre dans ses résultats et moins dangereuse. Pour tous les esprits non prévenus, il ne doit être question ici que de cette dernière. Il est évident qu'il ne serait ni juste, ni raisonnable d'attribuer à la méthode les épreuves de ses débuts, pas plus que vous ne m'autoriseriez à rendre la dilatation progressive responsable des accidents imputables à une main maladroite. C'est pourtant pour n'avoir pas fait cette distinction réclamée avec tant d'instance par notre collègue, M. Trélat, qu'on est arrivé et qu'on arrive encore à faire de l'uréthrotomie une redoutable opération.

Si l'on fait abstraction de la pratique de quelques spécialistes qui, à tort ou à raison, ce que je n'ai pas à examiner ici, se croient en possession d'une méthode excellente pour guérir radicalement et très-rapidement les rétrécissements de l'urèthre, l'uréthrotomie a fait de tels progrès dans ces dernières années, qu'elle peut être considérée comme une méthode nouvelle. Il suffit, pour le voir, de comparer les résultats qu'a donnés l'uréthrotomie à une autre époque avec ceux qu'elle donne aujourd'hui entre les mains des mêmes chirurgiens. Deux exemples surtout ont été pour moi un grave enseignement. En 1853, Reybard démontrait l'inefficacité des scarifications uréthrales, et leur substituait les incisions profondes. Il eut des accidents nombreux, graves, racontés avec la plus grande bonne foi dans son ouvrage. C'étaient des infiltrations urineuses, des hémorrhagies inquié-

tantes, des phlegmons du périnée, des résorptions purulentes et même la mort.

En 1862, le même chirurgien, attentif au progrès, renonce aux incisions profondes auxquelles il n'accorde plus qu'une valeur d'estime. Il adopte une pratique identique à celle de M. Sédillot, que mon distingué collègue, M. Gaujot, avait fait connaître dans un très-bon travail dès l'année 1860. Il recommande expressément les incisions superficielles. Son mémoire se termine par quatorze observations détaillées, dans lesquelles on ne rencontre plus aucun des accidents qui avaient si justement ému à l'occasion de son premier mode opératoire.

Nous retrouvons le même enseignement dans la pratique de M. Maisonneuve. A la page 136 de la thèse de M. Tillaux, figure le relevé des opérations d'uréthrotomie interne, pratiquées à l'hôpital de la Pitié, dans les années 1857, 1858, 1859, 1860 et 1861. Ce relevé, établi d'après les registres de l'hôpital et communiqué à l'auteur par M. Bergeron, interne du service, représente, si je ne me trompe, les résultats de la pratique de M. Maisonneuve, et pour le dire en passant, je n'ai pas compris jusqu'alors pourquoi ils ont été publiés sous le voile d'une sorte d'anonyme. Il donne en total quarante-sept opérations. Treize morts, un peu plus d'un sur quatre.

A la page 68 de la thèse de M. Reliquet, interne des hôpitaux, figure d'autre part le relevé des opérations faites à l'Hôtel-Dieu par M. Maisonneuve depuis le 1er janvier 1862 jusqu'au 29 décembre 1864. Il donne au total 66 opérations et 3 morts, c'est-à-dire 1 sur 22.

Dans le premier cas, la mortalité est de 1 sur 4; dans le second, de 1 sur 22; quelle peut être la signification d'une différence aussi considérable? Est-ce un effet du hasard, une coïncidence? Dépend-elle de conditions générales ou personnelles différentes? Qui le croira? Il s'agit de résultats opératoires embrassant plusieurs années, cinq dans la première série et trois dans la seconde. Il s'agit d'opérations subissant fort peu le contre-coup des influences générales, pratiquées dans des circonstances et pour des cas tout à fait semblables. On serait d'autant moins autorisé à invoquer de pareilles hypothèses, acceptables seulement à défaut de bonnes raisons, qu'il existe dans ce cas particulier une explication simple, positive, qui lève toute difficulté. Le procédé opératoire avait été changé. La méthode s'était perfectionnée.

Durant la première période qui va jusqu'en 1861, l'opérateur, mal inspiré par les idées dogmatiques régnantes, mal secondé par les instruments dont il faisait usage, pratiquait des incisions profondes, non limitées à l'obstacle. Il eut de nombreux accidents, comme Rey-

bard en avait eu. La méthode se perfectionna entre ses mains; un mode opératoire nouveau lui permit de limiter l'incision en étendue et en profondeur, et dès lors la proportion qui avait effrayé, à si juste titre, disparaît comme elle avait disparu dans la pratique de Reybard.

Cette interprétation est tellement vraie que les chirurgiens qui, dans ces dernières années, se sont mis en mesure de pouvoir limiter l'incision au tissu du rétrécissement, ont obtenu des résultats tout aussi satisfaisants.

C'est ainsi que le progrès est marqué dans les faits, et voici, je tiens à le répéter, à quelles causes il se rattache : incision bornée en étendue et en profondeur au tissu pathologique et choix d'un traitement consécutif approprié. Je reviendrai sur ces deux points; pour le moment je me borne à les signaler et à tirer cette conclusion : les exemples empruntés à des tentatives isolées ou bien à des procédés reconnus mauvais par l'expérience, ne sont pas recevables quand il s'agit de juger la valeur de l'uréthrotomie.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PRÉTERRE montre à la Société quatre malades atteints de divisions variées de la voûte palatine et du voile du palais, sur lesquels il a appliqué des obturateurs de son invention. Il fait observer l'amélioration de leur prononciation par ces appareils, ainsi que la simplicité de ces obturateurs. Quelques-uns de ces malades ont reçu plusieurs mois d'éducation de la parole sous sa direction.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 31 MAI 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

COMMUNICATIONS.

M. MAURICE PERRIN continue sa communication sur l'uréthrotomie interne.

C'est en me plaçant à ce point de vue que je crois être arrivé à dresser une statistique capable de mieux nous éclairer sur les dangers qu'entraîne l'incision des rétrécissements. Elle est basée exclusivement sur des faits livrés à la publicité et le plus souvent connus dans tous leurs détails. J'ai évité soigneusement les renseignements officieux afin de m'épargner le reproche que je trouve fondé de grouper des chiffres dépourvus de contrôle, empruntés à des souvenirs vagues ou complaisants.

Voici quels en sont les éléments :

1° Résultats de M. Sédillot : 21 opérations, 1 mort. (Mémoire de M. Gaujot et *Gazette hebdomadaire*.)

2° Résultats de M. Maisonneuve : 66 opérations, 3 morts. (Thèse de M. Reliquet, p. 68.)

J'ai éliminé les résultats obtenus par le même chirurgien pendant la période de 1854 à 1861, et j'en ai donné les motifs.

3° Résultats de M. Gosselin : 16 opérations, 1 mort. (Thèse de M. Reliquet, p. 33.)

4° Résultats de M. Trélat : 4 opérations, 0 mort. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 228.)

5° Résultats de M. Demarquay : 12 opérations, 0 mort.

6° Résultats de M. Boinet : 5 opérations, 0 mort. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 256.)

7° Résultats de M. Desormeaux : 10 opérations, 0 mort. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 257.)

8° Résultats de M. Reybard : 14 opérations, 0 mort. (Considérations générales sur l'uréthrotomie superficielle et ses différents procédés. *Gazette médicale*, Paris, 1862.)

9° Résultats de M. Maurice Perrin : 15 opérations, 0 morts.

Je ne fais pas figurer dans l'énumération qui précède les chiffres produits à cette tribune par notre collègue, M. Dolbeau, et je tiens à lui soumettre les raisons qui m'en ont éloigné. Nous ne connaissons de la pratique de M. Dolbeau que des résultats numériques ; quelques faits isolés seulement ont été publiés, mais à un autre point de vue, dans la thèse de M. Mauvais. Il en résulte que j'ai été embarrassé pour classer ce document. S'agissait-il d'uréthrotomies avec incisions profondes du canal, celles qui se sont montrées toujours graves, ou d'uréthrotomies avec incisions superficielles ? Il m'était rigoureusement impossible de le déterminer, d'autant plus que le procédé mis en œuvre pouvait bien avoir trahi les intentions de l'opérateur. Je m'expliquerai tout à l'heure sur ce point. Un autre motif d'incertitude provenait de l'usage combiné de l'incision et de la dilatation progres-

sive que paraît avoir adopté notre collègue. Or, je l'ai déjà dit, ce n'est pas cette méthode qui est en cause dans ce débat.

Les remarques qui précèdent, je les énonce sous toute réserve et je suis tout prêt à les modifier si je me suis écarté à mon insu de la pensée de l'auteur. Dans tous les cas, je tiens à constater que ce n'est pas pour les besoins de la cause que je fais cette omission volontaire, la moyenne de mortalité de M. Dolbeau (1 sur 36) étant identique ou à peu près à celle qui va ressortir des résultats énoncés plus haut. En faisant l'addition de ces derniers, on arrive à un total de 163 opérations ayant fourni 158 guérisons. Ce chiffre est certainement trop faible; d'après les renseignements que j'ai pu prendre, des succès nouveaux existent en assez grand nombre. J'aurais pu m'en servir; j'aurais pu aussi tenir compte de la pratique de quelques spécialistes dans ce qu'elle a d'authentique, de contrôlé, par exemple, des faits contenus dans le rapport de Lagneau à l'Académie de médecine sur le procédé d'uréthrotomie de M. Guillon (année 1849); mais j'ai préféré me restreindre, m'en tenir aux documents récemment publiés et fournis par la Société de chirurgie elle-même, afin d'établir la discussion sur un terrain plus solide, mieux connu, afin de lui donner aussi plus d'élasticité.

Les 163 observations qui figurent dans mon relevé ont donné 5 morts, c'est-à-dire 3,07 p. 100; mettons en chiffres ronds 3 p. 100. Je tiens à rappeler dans quelles circonstances. Le malade de M. Sédillot était un vieillard de soixante-huit ans qui, outre son rétrécissement uréthral, avait un engorgement considérable de la prostate, un obstacle permanent au cours des urines, entretenu selon toute apparence, d'après les détails de l'observation, par une hypertrophie du lobe médian, toutes conditions qui, en entravant la miction, avaient déterminé une cystite parenchymateuse bien caractérisée. Dans ce cas compliqué, l'uréthrotomie fut pratiquée trois fois sans aucun accident immédiat. Malgré la perméabilité du canal, la vessie ne put se vider mieux, nous venons de voir pourquoi : on fut obligé de recourir à la sonde à demeure, puis au cathétérisme régulier. Bref, il survint un abcès prostatique terminé par une infection purulente qui emporta le malade.

Les trois insuccès de M. Maisonneuve sont publiés dans le travail de M. Reliquet (p. 70). Le premier, qui remonte à 1862, y est seulement mentionné : l'opéré succomba à une pneumonie. L'observation des deux autres, au contraire, y est rapportée avec détails. Dans le premier cas il s'agit d'un ivrogne, jeune encore, atteint d'une rétention complète d'urine pour laquelle on avait fait des tentatives de cathétérisme avant l'entrée à l'hôpital. Il en était résulté une fausse

route suivie d'une hémorrhagie abondante et d'un violent accès de fièvre. Les jours suivants les frissons se répètent, et une pneumonie se déclare du côté droit. C'est dans ces tristes conditions que l'uréthrotomie fut pratiquée; quatre jours après le malade succombait aux progrès de l'affection pulmonaire. A l'autopsie on constata l'existence d'une fausse route ouverte un peu en avant du collet du bulbe et prolongée sous la région membraneuse, et puis une hépatisation franche de la base du poumon droit.

Quant au troisième, c'était un vieillard de soixante-quatre ans, affaibli, porteur depuis deux ans de fistules urinaires périnéales. La section du rétrécissement fut d'abord suivie d'un mieux sensible. A cause des fistules, une sonde à demeure parut devoir être maintenue dans le canal; elle y resta durant neuf jours, au bout desquels survint une vaste filtration urinaire du périnée et des bourses qui amena la mort quatre jours plus tard.

Dans le fait unique observé par M. Gosselin, fait dont les détails se trouvent aussi relatés dans la thèse de M. Reliquet (p. 74), le malade succomba à un abcès périnéal communiquant avec le canal de l'urèthre. Cet abcès détermina des accidents de résorption purulente.

Comme vous le voyez, Messieurs, dans la majorité des cas où l'uréthrotomie a échoué, il s'agissait de situations graves en elles-mêmes, compromettantes pour la vie.

Voilà donc ce qu'a produit l'uréthrotomie; 158 guérisons immédiates et 5 morts survenues dans les conditions que je viens de rappeler. Voilà ses œuvres! Eh bien, je vous le demande, reconnaissez-vous à ces traits cette opération grave, périlleuse, qui nous a été dénoncée? Une mortalité de 3 p. 100; mais ce n'est guère que la part que nous sommes obligés de faire à l'imprévu dans la pratique des opérations les plus insignifiantes de la chirurgie.

On m'objectera peut-être qu'il est trop tôt encore pour se prononcer, que l'uréthrotomie n'a pas fait suffisamment ses preuves, qu'il ne faut voir dans la statistique précédente qu'une période de succès attendant ses revers. Mais remarquez qu'elle représente les résultats de plusieurs années, qu'elle résume la pratique de neuf chirurgiens. Ce qui ajoute encore à ma confiance et ce qui me permet de présenter les chiffres précédents comme les résultats réguliers et promis désormais à l'uréthrotomie bien faite, c'est moins encore l'abaissement du chiffre de la mortalité que le changement opéré dans la physionomie, qu'on me passe cette expression, de l'opératioo et de ses suites immédiates. On ne rencontre plus de ces accidents toujours inquiétants, parce qu'ils peuvent devenir graves et qui étaient, pour ainsi dire, la règle avec certains procédés opératoires. Parcourez toutes les observations pu-

bliées, celles de M. Sédillot ou de M. Maisonneuve, celles de M. Gosselin ou de M. Reybard, les miennes enfin, observations recueillies au lit du malade, et vous verrez que les hémorrhagies, les infiltrations urineuses, les abcès, les accès de fièvre un peu intenses sont devenus très-rares. Et d'ailleurs ce chiffre de 163 observations, toutes connues, toutes authentiques, n'a-t-il aucun droit à votre confiance? Dans quelles conditions nous arrive-t-il d'asseoir notre jugement sur une base aussi large, aussi solide ?

Voilà ce qu'a fait l'uréthrotomie interne : la dilatation progressive eût-elle fait mieux, eût-elle fait aussi bien ? Ces 163 rétrécissements, choisis en quelque sorte parmi les plus graves, les plus difficiles, les plus compliqués, puisque l'uréthrotomie n'a guère été employée jusqu'alors qu'en désespoir de cause, n'auraient-ils entraîné la mort que 5 fois si on les eut abandonnés aux tâtonnements impuissants de la bougie? Les chiffres manquent pour répondre, mais je laisse à votre expérience des maladies des voies urinaires le soin d'y suppléer.

D'ailleurs, l'uréthrotomie n'est pas une méthode routinière comme la dilatation; elle aspire au progrès, et quand, au lieu d'être repoussée un peu systématiquement, elle sera acceptée comme méthode générale, mieux étudiée encore dans ses indications, dans son mode opératoire, dans les soins qu'elle réclame, les progrès réalisés dans ces dernières années autorisent à croire que ce chiffre de mortalité de 3 p. 100 diminuera encore et sera réduit rigoureusement à la proportion des cas fatalement voués à la mort. Le second grief articulé contre l'uréthrotomie est relatif à ses suites. On lui a reproché d'exposer à lacérer le canal et à provoquer la formation ultérieure des rétrécissements, quand on opère avec un instrument à lame découverte. C'est là une hypothèse non justifiée ni par l'expérimentation ni par l'observation clinique. Un fait a été cité pour l'appuyer. Si mes renseignements sont exacts, on n'y aurait pas regardé de très-près avant de le produire. Je crois pouvoir passer outre. L'uréthrotomie, a-t-on dit, expose à des récidives très-promptes et à peu près inévitables. C'est à tort qu'elle affiche la prétention non justifiée de guérir radicalement les rétrécissements. Il se peut que la prétention de guérir radicalement les strictures uréthrales ait été annoncée dans quelques officines; la science n'a rien à y voir. Non, l'uréthrotomie n'est pas une méthode radicale. Il n'y aurait qu'un seul moyen de guérir définitivement les rétrécissements, ce serait de restituer au canal toutes les propriétés de tissu qu'il possède à l'état physiologique. Ce moyen est encore à trouver. Toute la question se réduit à ceci : quelle est celle des deux méthodes en présence qui écarte le mieux les chances de récidive.

L'anatomie pathologique des rétrécissements est aujourd'hui bien

connue, grâce surtout aux travaux de M. Jose Pro (Thèse inaugurale, Paris, 1856), de M. Aug. Mercier et de notre collègue, M. Alph. Guérin (*Mém. Soc. chirurg.*, t. IV). On sait qu'en dehors du traumatisme, ils sont produits et entretenus par la rétractilité d'un tissu fibreux de nouvelle formation développé, sous l'influence d'une irritation du voisinage, dans le tissu cellulaire sous-muqueux avec des irradiations plus ou moins profondes dans le corps spongieux de l'urèthre.

La dilatation progressive lutte contre cette propriété de tissu; elle l'empêche de se manifester, mais elle ne touche pas à la cause du mal; elle respecte le tissu morbide, à moins d'admettre que le contact réitéré de l'instrument, l'irritation qu'il provoque, la compression qu'il exerce excentriquement sur les parois du canal ne favorise un travail de résorption salutaire; cela n'est pas impossible, mais aucun fait à ma connaissance n'est encore venu le démontrer depuis si longtemps qu'on fait de la dilatation. L'uréthrotomie a fourni sur son mode d'intervention des notions autrement précises. On sait de science certaine qu'une fois la section pratiquée, les lèvres de la plaie s'écartent l'une de l'autre, soit spontanément sous l'action des fibres circulaires de l'urèthre, soit violemment, ce que je crois, sous l'effort du corps dilatant introduit dans le canal. Cet écartement est en raison composé de l'étroitesse du conduit et du volume de l'instrument que l'on emploie. Se produit-il par un véritable glissement du tissu du rétrécissement sur l'enveloppe fibreuse du corps spongieux comme l'a écrit Reybard? Je ne le pense pas, car le corps spongieux lui-même est le plus souvent envahi. Ce sont ses fibres constitutives ou, plus exactement, ses prolongements dans les trabécules du corps spongieux, en grande partie oblitéré qui cèdent, s'allongent ou se déchirent sous une pression même très-modérée. Quoi qu'il en soit, l'écartement des lèvres de la plaie, une fois produit, est permanent, définitif; l'espace losangique qu'elles circonscrivent se recouvre d'une pellicule cicatricielle, mince, souple, qui présente les caractères d'une muqueuse adventice et ne paraît avoir aucune tendance à se rétracter. Il en résulte que le canal de l'urèthre, au niveau du point rétréci, est formé de deux parties: l'une, ancienne, rétractile, constituée par le tissu du rétrécissement; l'autre, récente, constituée par une muqueuse de nouvelle formation. C'est pour traduire cet état de choses que Reybard disait d'une façon au moins expressive que par l'uréthrotomie *il mettait une pièce au canal*. Ce fait de physiologie pathologique extrêmement intéressant, qui explique pourquoi l'incision uréthrale peut et, j'ajoute, doit se passer de dilatation progressive consécutive, ne me paraît plus pouvoir être mis actuellement en doute, car toutes les constatations

nécroscopiques sont venues le confirmer. Celles-ci ne sont pas très-nombreuses, il est vrai, on le comprend facilement, mais leur identité complète permet de leur accorder une grande signification et mérite un instant l'attention. Dans la thèse inaugurale de M. Icard (Paris, 1858), l'auteur rapporte l'autopsie d'un urèthre incisé deux mois auparavant avec l'instrument de M. Maisonneuve. L'incision paraissait avoir été nette, régulière et n'intéressait pas le tissu spongieux. Elle avait un centimètre de long et un millimètre de profondeur. La cicatrice qui la recouvrait était très-fine et pouvait acquérir par l'extension deux millimètres de largeur.

Le Mémoire de M. Gaujot (*De l'uréthrotomie interne*, Paris, 1860) contient des détails très-précis sur l'examen de deux urèthres qui avaient été soumis à l'uréthrotomie. Dans un premier fait (page 13), les deux opérations, car il y avait eu deux incisions successives, avaient été pratiquées vingt-trois et dix-neuf jours avant la mort.

« La première incision, écrit M. Gaujot, située à trois centimètres en avant du bulbe, avait près de trois centimètres de longueur; ses bords, encore légèrement saillants, étaient écartés en forme d'ovale allongé, ayant six millimètres dans sa plus grande largeur mesurée dans l'état du plus grand relâchement des tissus, mais pouvant atteindre presque le double par une traction transversale modérée. La profondeur était de deux millimètres et intéressait toute l'épaisseur de la muqueuse et du tissu spongieux de l'urèthre jusqu'à son enveloppe fibreuse restée intacte; le fond était formé par le tissu spongieux entamé, mais ne présentant nulle trace d'inflammation, d'épaississement ou d'induration. L'examen au microscope fit constater que la muqueuse n'était point encore reproduite et que le tissu connectif constituant la surface de la plaie n'était pas recouvert d'épithélium. Il en était de même pour la deuxième incision, située en partie dans le fond du bulbe et dans la région membraneuse. Cette section avait quatorze millimètres de longueur, quatre millimètres de largeur et un peu plus d'un millimètre de profondeur; le fond de la plaie reposait directement sur le tissu érectile même. »

Dans le second fait (page 9), il s'agit d'une autopsie pratiquée quarante jours après l'incision.

« Le canal de l'urèthre examiné avec soin montre l'incision faite à cinq centimètres en arrière du méat urinaire, encore parfaitement reconnaissable par la saillie de ses bords et la dépression conservée entre eux; elle a une longueur de onze millimètres et quatre millimètres de largeur; sa profondeur est impossible à déterminer actuellement, bien qu'elle se traduise encore par une dépression très-sensible à la vue : seulement on reconnaît que la muqueuse qui remplacc la

plaie repose directement sur les mailles du tissu spongieux. La cicatrisation est complétement achevée, et le fond de l'incision est recouvert par une membrane muqueuse véritable un peu plus pâle et plus mince que la muqueuse normale environnante. (*Ibid.*, page 9.) »

Vous vous rappelez aussi la pièce que feu notre collègue M. Reybard nous a présentée. Elle confirmait de tous points les résultats précédents : écartement considérable des lèvres de la plaie, espace intermédiaire couvert par une membrane lisse, souple et d'apparence non rétractile. Cette issue, si contraire aux effets habituels fournis par les incisions, était bien de nature à faire impression. Malheureusement la sanction du temps faisait défaut. Quelques mois tout au plus d'existence n'étaient pas une garantie suffisante. La pièce que j'ai eu l'honneur de mettre sous les yeux de la Société permet d'être un peu plus affirmatif. L'opération pratiquée dans ce dernier cas remonte à deux ans, et il est facile de voir que les effets immédiats obtenus par la section se sont intégralement maintenus. Les caractères de l'ancienne plaie uréthrale représentent exactement ceux qui ont été indiqués par M. Gaujot et par Reybard. La rétraction se serait-elle manifestée plus tard? Je n'en sais rien. N'allons pas au delà du fait. Mais ce qui me rassure, c'est que les malades qui ont pu être suivis durant un temps assez long n'ont fourni que de très-rares récidives. Dans les quatorze observations publiées par Reybard, les suites de l'incision ont été constatées après un laps de temps qui varie de trois mois à trois ans, toujours la guérison s'était maintenue. Les résultats de ma pratique personnelle, que j'ai eu l'honneur de vous exposer en commençant, ne s'éloignent pas beaucoup, vous le savez, de ceux de Reybard.

Il importe de rappeler ici que la permanence des effets obtenus ne peut être attribuée à l'usage régulier des bougies dilatatrices, car mes malades, pas plus que ceux de Reybard, n'ont été soumis après l'opération à aucune sorte de traitement consécutif, destiné soit à compléter les effets de l'incision, soit à prévenir une récidive. Je ne puis en effet attribuer une importance quelconque à la précaution recommandée par Reybard d'entretenir la dilatation obtenue en retenant l'urine dans le canal au moment de chaque miction. Toutefois je ne voudrais pas être aussi affirmatif que ce chirurgien, qui considère comme définitif un résultat maintenu pendant un certain temps, un an, par exemple. Il n'appartient qu'à l'expérience seule, longtemps continuée, de se prononcer à cet égard, mais il est possible d'établir dès aujourd'hui que c'est une conception fausse, erronée, de croire que l'uréthrotomie interne, dégagée de tout traitement auxiliaire par la dilatation, doit donner de promptes et fréquentes récidives. Non,

il n'en est pas ainsi. A cet égard, les prévisions de la théorie nous avaient fait faire fausse route. Comme vous le voyez, au point de vue de ses suites éloignées, l'uréthrotomie a fait aussi ses preuves; ce que l'on en connaît autorise à croire que, sous ce dernier rapport, elle vaut encore mieux que la dilatation progressive.

Ainsi, Messieurs, je crois avoir démontré :

1° Que l'uréthrotomie interne est d'une exécution plus prompte, aussi sûre, plus commode pour le malade et pour le chirurgien que la dilatation progressive : ceci, je crois, n'est contesté par personne;

2° Que l'uréthrotomie interne avec ses progrès récents et consacrés par l'expérience n'est pas plus dangereuse que la dilatation;

3° Que l'uréthrotomie donne des résultats au moins aussi satisfaisants que toute autre méthode au double point de vue de ses effets immédiats et éloignés.

J'en tire cette conclusion :

L'uréthrotomie interne, méthode éminemment perfectible dans ses indications, dans son instrumentation, dans les soins qu'elle réclame, me paraît devoir être préférée, comme méthode générale, à la dilatation progressive, méthode éminemment routinière et impuissante.

Cette proposition demande quelques développements qui me permettront de placer ce que je veux dire sur les indications de la stricturotomie. Puisque l'observation interrogée le mieux que j'ai pu, et sans parti pris à coup sûr, ne me fait voir que des avantages dans l'emploi de l'incision, je devrais, pour paraître logique, proposer de la substituer dans tous les cas à la dilatation progressive. Ce serait aller au delà de ma pensée et sans doute au delà de la vérité. Comme je l'ai déjà dit, la meilleure des deux méthodes rivales est celle qui fait courir le moins de danger au malade. Or, le danger principal, unique, si on le veut, de la dilatation, c'est l'impuissance où elle sera toujours de porter à temps remède au mal quand il s'agit de rétrécissements entravant l'excrétion urinaire. En dehors de ces cas, lorsque la vessie se vide à peu près bien, on peut admettre que l'emploi de la bougie est inoffensif. Il résulte de cette distinction que tous les rétrécissements, envisagés au point de vue du traitement à intervenir, se partagent naturellement en deux catégories :

A. Ceux qui gênent l'émission de l'urine d'une façon permanente. Ils seront, en général, faciles à reconnaître. Ils ne se laissent que difficilement ou irrégulièrement traverser par des bougies filiformes; la miction est douloureuse, les envies sont fréquentes et troublent le repos de la nuit; les urines sortent en bavant; elles sont troubles, alcalines; le moral du malade est affecté, la santé générale est mau-

vaisé, etc. ; je me borne à rappeler ici quelques traits généraux. Dans ces cas, et vous savez combien ils sont nombreux dans nos services, l'uréthrotomie est toujours indiquée. Si déjà il existe quelque complication du côté des voies urinaires supérieures, si des abcès vers la prostate ou le canal se sont déclarés, s'il existe des fistules, raison de plus pour ne pas perdre de temps et inciser l'obstacle le plus tôt possible. C'est assez dire qu'aucune de ces complications ne représente une contre-indication, comme on l'a dit et écrit. Il n'y a qu'à parcourir les observations d'uréthrotomie pour voir que fréquemment l'incision a été pratiquée dans des cas de ce genre et presque toujours au grand bénéfice des malades. Pour ne rappeler ici que ce qui m'est personnel, j'ai été à même de le constater deux fois; chez le sujet de ma sixième observation, le rétrécissement, malgré l'emploi de la dilatation, avait amené des signes manifestes de pyélo-néphrite aiguë avec dépôts abondants d'albumine dans l'urine; la vie était en danger. L'incision du rétrécissement fit promptement cesser les accidents, et le malade sortit guéri au bout de quelques semaines. Chez le sujet de la quinzième observation, une tumeur périnéale suppurée et implantée sur le canal en arrière du point rétréci disparut en dix jours sous l'influence de l'uréthrotomie. Sans doute, on n'a pas toujours réussi à enrayer les accidents, mais je ne connais pas un seul fait dans lequel ils aient été aggravés. Et cependant on a pris texte de ces rares insuccès relatifs pour proscrire la section en pareille circonstance. Je crois tout le contraire; les exceptions confirment la règle suivante : plus les rétrécissements sont mal supportés, plus les complications qui en dérivent, quelles qu'elles soient, sont menaçantes, plus l'indication de l'uréthrotomie se précise et devient urgente.

B. Je place dans une deuxième catégorie les rétrécissements qui ne gênent pas le libre écoulement de l'urine, et qui par conséquent ne réagissent pas sur l'ensemble de l'appareil. Rien de mieux alors que de recourir à la dilatation progressive, à la condition encore qu'ils s'y prêtent, car dans cette classe bénigne, il se rencontre aussi des réfractaires auxquels l'uréthrotomie fera bien de venir en aide.

Pour ne pas abuser de l'attention bienveillante de la Société, je bornerai à quelques remarques ce que je voulais dire sur le mode opératoire et sur les soins consécutifs.

Aussitôt que l'opération est décidée, il faut la faire. C'est assez dire que je n'attache aucune importance au traitement préparatoire recommandé par quelques chirurgiens. A quoi bon perdre un temps précieux ? Passer des bougies dans le canal durant un certain temps pour en émousser la sensibilité? Mais cette sensibilité n'est jamais un écueil ni une source d'accidents pour l'uréthrotomie : le plus simple et le

plus sûr moyen d'enlever à l'urèthre sa sensibilité, c'est de lui rendre son calibre le plus promptement possible. Le seul traitement préparatoire consiste à obtenir une perméabilité suffisante pour livrer passage aux instruments.

Pour pratiquer la section, il ne me paraît pas indifférent de prendre le premier venu des nombreux instruments qui figurent dans nos arsenaux. Nous croyons avoir montré que pour échapper désormais aux accidents qui avaient compromis la méthode, il faut borner l'incision en étendue et en profondeur aux limites mêmes du tissu pathologique : tout le secret est là. Le meilleur instrument sera donc celui qui permettra d'atteindre à ce but le plus simplement et le plus sûrement. Je lui demande aussi d'être applicable à tous les cas. Cette dernière condition frappe d'une infériorité réelle tous les uréthrotomes qui coupent d'arrière en avant : il faut, pour s'en servir, une perméabilité suffisante pour livrer passage à l'olive terminale, c'est-à-dire des cas tout à fait exceptionnels, ou bien des cas déjà traités par la dilatation et assez avancés vers la guérison pour qu'il y ait tout avantage à continuer. Pourquoi pratiquer la section d'un rétrécissement assez dilaté déjà pour laisser passer un instrument de 4 à 8 millimètres? A moins d'admettre qu'à ce degré ils ne deviennent réfractaires à la dilatation, ce qui est très-rare, pourquoi ne pas continuer l'usage des bougies? Je sais bien qu'on a tourné la difficulté en faisant des instruments mixtes qui frayent à l'olive un passage d'avant en arrière, puis qui dans un second temps incisent d'arrière en avant. Eh bien, dans cette manœuvre, l'incision rétrograde me paraît être de trop le plus souvent. Du moment que la section d'avant en arrière a suffi pour permettre à l'olive de passer, c'est que le tissu du rétrécissement est divisé. Rien ne s'opposait plus dès lors à l'introduction d'un dilatateur plus volumineux, qui eût complété l'opération. Je sais bien qu'il est des cas exceptionnels, des rétrécissements assez durs, assez épais pour qu'une seconde section soit utile ou indispensable. Réservons l'incision rétrograde pour ces cas spéciaux, quand nous aurons été assez heureux pour les reconnaître.

Il est un reproche beaucoup plus sérieux que j'adresse à cette classe d'instruments. Tous ceux qui sont rectilignes, et ils le sont à peu près tous, conduisent presque fatalement à faire des incisions trop profondes et trop étendues. On sait, en effet, que la plupart des rétrécissements siégent au niveau du collet du bulbe, ou si l'on veut, pour plus de latitude, dans cette portion de l'urèthre qui est fixe et qui décrit une courbe dont la concavité est dirigée vers la symphyse. Une tige rigide et rectiligne d'un certain volume comme l'est celle d'un uréthrotome ne peut franchir cette région du canal qu'en déprimant

la paroi supérieure vers le milieu de la courbe et la paroi inférieure au niveau de ses deux extrémités, disposition que l'on reconnaît si bien à l'état de distension du ligament sous-pubien. Il en résulte que l'olive de l'instrument presse de dedans en dehors sur le canal dont les parois sont tendues sur elle. Vous saisissez sans peine quelles doivent être les conséquences d'un pareil état de choses. La profondeur de l'incision n'est plus déterminée seulement par les dimensions de la lame, mais aussi par le degré de tension des parties. En outre, la section ne peut plus être limitée au gré de l'opérateur, parce que la pression de la paroi uréthrale sur l'instrument équivaut à une résistance et empêche de percevoir cette sensation de résistance vaincue, si précieuse et si nette quand on se place dans d'autres conditions. Je sais bien que l'habileté de l'opérateur peut triompher plus ou moins, peut-être complétement de ces difficultés. Ce n'est pas une garantie suffisante contre les imperfections du procédé. A cet égard, les résultats statistiques de M. Dolbeau ont été pour moi un utile avertissement. Sur 36 opérations, 30 ont été pratiquées d'arrière en avant. Dans tous les cas, il y a eu un écoulement de sang abondant; cinq fois l'hémorrhagie a duré de deux à sept jours; elle a représenté un véritable accident. Chez un malade, elle s'est montrée au neuvième jour et a duré une semaine. Dans tous les cas, il y a eu un ou plusieurs accès de fièvre; cinq fois se sont déclarés des abcès dans différentes parties du corps, à l'épaule, à la jambe, dans la fosse iliaque, etc., abcès qui ne peuvent guère être attribués qu'à un certain degré d'intoxication urineuse ou purulente. Rapprochez ces résultats de la pratique des autres chirurgiens, quels qu'ils soient, faisant usage de la section antéro-postérieure, qui donne plus facilement une incision superficielle circonscrite à l'obstacle, et vous jugerez de la différence : ce n'est plus la même physionomie. Dans le premier cas, l'opération a eu habituellement des suites périlleuses, inquiétantes; l'intoxication a été assez fréquente : ses effets ont été heureusement conjurés, mais ils pouvaient être mortels. Dans l'autre, au contraire, l'opération est bénigne; il n'y a ni hémorrhagie, ni accès de fièvre intense, ni résorption, rien qui puisse préoccuper en un mot. Ce n'est que dans quelques circonstances rares que les accidents se montrent; mais alors ils sont très-graves, et peuvent être justifiés le plus souvent par des complications étrangères à l'incision.

Cette différence si expressive, je n'hésite pas, surtout avec l'habileté bien connue de notre collègue, à l'attribuer au procédé mis en œuvre. C'est ainsi que le raisonnement et l'observation me conduisent à rejeter l'uréthrotomie pratiquée d'arrière en avant.

Les raisons précédemment exposées indiquent suffisamment, sans

qu'il soit besoin d'entrer dans de nouveaux développements, quel est l'uréthrotome qui réalise les conditions les meilleures pour agir avec sécurité et pour fournir une section d'avant en arrière qui mette à l'abri du danger. Il faut qu'il ait une courbure appropriée à celle du canal, et des dimensions qui lui permettent de circuler librement dans les parties saines du conduit. Une lame d'un très-petit diamètre, quatre à six millimètres, sont suffisants en général. Avec un pareil instrument, en ayant soin de prendre un point d'appui sur la paroi opposée à celle qui doit supporter la section, il me paraît bien difficile de dépasser le but que l'on se propose. Je me borne ici à poser le principe, car ce serait abuser de vos instants que de rechercher dans quelle mesure le réalisent les nombreux instruments que nous possédons.

Il me reste à dire un mot des soins consécutifs. Habituellement, on passe dans le canal une sonde ou un cathéter de sept ou huit millimètres de diamètre. L'opportunité de ce cathétérisme n'a pas été interprétée de la même façon par tous les opérateurs. Reybard lui attribuait l'écartement définitif des lèvres de la plaie uréthrale; d'autres chirurgiens y trouvent un moyen de constater et de faire constater au malade la perméabilité du canal; d'autres, enfin, introduisent une sonde pour la maintenir à demeure.

Reybard attachait une importance extrême à l'introduction du cathéter : elle représentait un des temps de l'opération. Suivant lui, le dilatateur rompt les adhérences de la muqueuse et du tissu sous-muqueux avec les parties sous-jacentes; il rend ainsi l'écartement des lèvres de la plaie possible et définitif. Cette rupture serait toujours annoncée par une sensation de craquement perçue par la main qui fait manœuvrer l'instrument. Notre collègue se trompait sur le siége et le mécanisme de cette rupture, mais au fond il me paraît être dans le vrai quant à son existence et à son utilité. Pour mon compte, j'ai plusieurs fois perçu de la façon la plus manifeste cette sensation de craquement caractéristique, bien que je n'aie employé que des sondes de six à huit millimètres. Quoi qu'il en soit, l'usage a sagement prévalu à cet égard.

Doit-on retirer immédiatement la sonde dilatatrice où la laisser à demeure? Si je ne consultais que mes impressions personnelles, je n'hésiterais pas à conseiller d'abandonner le malade à lui-même sans aucun traitement consécutif. J'ai agi ainsi et je m'en suis bien trouvé; mais il s'est opéré une réaction si unanime et si autorisée en faveur de la sonde à demeure, durant les trente-six ou quarante-huit premières heures qui suivent l'opération, que je l'accepte sans hésitation. Dans la pensée de M. Sédillot, qui en a fait l'objet d'une communica-

tion spéciale à l'Académie des sciences, d'après l'opinion de MM. Maisonneuve et Gosselin, dont la pratique et les idées ont été bien présentées et défendues dans l'excellent travail de M. Reliquet que j'ai déjà eu l'occasion de citer plusieurs fois, le séjour de la sonde, en préservant la plaie du contact de l'urine, supprime complétement la cause des accès de fièvre consécutifs. Ceux-ci sont bien inoffensifs dans la grande majorité des cas, mais il n'en est pas moins vrai qu'ils représentent la source du mal ; et, si l'immunité attribuée à l'usage de la sonde à demeure, immunité déjà fortifiée par de nombreux succès, était sanctionnée par la suite, un pas décisif serait fait dans la voie du progrès.

PRÉSENTATION.

M. le professeur **PÉLIKAN**, de Saint-Pétersbourg, présente à la Société un instrument pour l'extirpation des polypes du larynx, et donne les renseignements suivants :

M. Pitha (de Vienne) avait imaginé des pinces pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage et de la partie profonde du pharynx; M. le docteur de Weiss (de Pétrosovodsk) modifia quelque peu ces pinces, afin de les adopter à l'extirpation des polypes du larynx.

Des modifications importantes furent exécutées par M. Rooch, fabricant d'instruments de chirurgie, d'après les indications du docteur Rauchfuss, à Saint-Pétersbourg :

1° La tige bifurquée des pinces de MM. Pitha et de Weiss, contenue dans des anneaux, supportées par une lame flexible. Cette lame flexible, se cassant facilement au point où elle se recourbe, a été changée en un tube, dont la partie courbée se compose d'une spirale.

2° La position des anneaux, relativement à la direction de l'angle de la tige, peut être, dans le nouvel instrument, changée selon la nécessité; il suffit pour cela de desserrer la vis médiane, de tourner le tube comme il convient, et de resserrer la même vis.

3° L'extrémité de la tige courbée, qui remplit le tube, est construite de manière à recevoir des pinces, des ciseaux, ou d'autres instruments nécessaires à la chirurgie opératoire du larynx. Le docteur Rauchfuss adapte, à l'extrémité de cette tige, des ciseaux de deux modèles différents et des pinces.

Jusqu'à ce jour, il n'existait pas pour le larynx des ciseaux qui remplissent les conditions justement exigées pour ce genre d'instruments; c'était tout simplement des pinces coupantes et coupant mal.

Parmi les ciseaux qu'emploie le docteur Rauchfuss, les uns agissent exactement comme les ciseaux en général, grâce à la précaution qu'a eu M. Rooch de tailler en biseau la face interne du talon des lames.

Les autres sont courbés en crochet à leur extrémité, pour saisir plus fortement et ne pas laisser échapper les tumeurs mobiles.

4° La manière dont on ajuste ces deux espèces de ciseaux et les pinces à l'extrémité de la tige, permet en outre de leur donner la direction, quelle qu'elle soit, exigée par l'opération à pratiquer.

Le docteur Rauchfuss a pratiqué plusieurs extirpations et incisions d'excroissances siégeant dans le larynx; la plus remarquable a été l'ablation d'une grande tumeur fibreuse de la corde vocale supérieure gauche, préalablement incisée au moyen d'un petit couteau laryngien, et ensuite complétement incisée par les ciseaux.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à cinq heures moins un quart. La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

SÉANCE DU 7 JUIN 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

De l'uréthrotomie interne.

M. FOLLIN. Je n'ai pas l'intention de vous entretenir longuement de l'urétbrotomie; je veux seulement rappeler ici le résultat de douze uréthrotomies qui me sont propres. Comme ces opérations, faites la plupart à l'hôpital sur des individus placés dans de mauvaises conditions de santé antérieure, n'ont été suivies d'aucun accident, je crois qu'elles témoignent en faveur de cette opération, trop négligée selon moi.

L'uréthrotomie n'est pas encore tout à fait entrée dans la chirurgie habituelle; quelques personnes semblent même croire que c'est là une cbirurgie téméraire. Ces défiances ne sont ni aussi vives ni aussi générales qu'il y a quelques années, avant la première discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie, mais elles persistent encore dans l'es-

prit de certains médecins. A l'étranger on ne pratique pas encore très-communément l'uréthrotomie, et, dans ces derniers temps, en Angleterre, quelques chirurgiens ont semblé revenir, avec une persistance que j'ai peine à comprendre, à la dilatation forcée comme celle que nous avons vu mettre en pratique ici par M. Perrève. C'est un dilatateur analogue à celui du médecin français, le dilatateur de M. Holt, qui jouit de quelque faveur chez nos voisins. Nous avons vu en France ce que pouvait donner la dilatation forcée, et je ne crois pas qu'elle ait gagné grand chose en passant le détroit. Pour cette raison, et pour d'autres encore, je pense qu'il faut appuyer l'opération si simple, si peu dangereuse, si souvent suivie de résultats favorables qu'on nomme l'uréthrotomie.

J'ai dû pratiquer douze fois l'uréthrotomie; huit l'uréthrotomie interne et quatre l'uréthrotomie externe. Ce petit nombre de faits indique déjà que je ne fais pas de l'uréthrotomie une méthode générale de traitement des rétrécissements de l'urèthre. La dilatation lente et progressive n'a rien perdu pour moi de ses précieux avantages.

Je connais des cas de rétrécissements guéris depuis douze ans par la dilatation, et vous n'avez pas oublié les guérisons que vous a rappelées M. Bourguet (d'Aix), et dans lesquelles le succès se maintenait depuis seize ans. En présence de ces faits je ne saurais soutenir que la dilatation doit céder la première place à l'uréthrotomie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Dans tous les cas où j'ai pratiqué l'uréthrotomie, j'ai eu soin de commencer d'abord par la dilatation, mais là où je constatais que la dilatation ne pouvait pas aller jusqu'à un degré compatible avec une miction facile, là où le rétrécissement dur, mais élastique, revenait rapidement sur lui-même, dans les cas enfin où l'introduction des instruments dilatants amenait régulièrement des mouvements fébriles, j'ai incisé l'urèthre, et douze fois je m'en suis bien trouvé. J'ai fait huit fois l'incision interne de l'urèthre et je vais donner brièvement l'analyse de ces faits.

I. Debroge, trente ans; entré à l'hôpital du Midi en janvier 1864. Trois rétrécissements dont le premier à un pouce du méat et le dernier au milieu de la région spongieuse; dilatation difficile avec douleurs et écoulement de sang. On ne peut pas dilater au delà de trois millimètres.

6 février 1864 : uréthrotomie interne; passage immédiat d'une sonde n° 16. Après quelques jours de dilatation, on sent encore un obstacle à la partie postérieure de l'urèthre; nouvelle uréthrotomie; passage facile d'une bougie n° 18.

27 février. Sortie avec une miction très-facile.

II. Janat, trente ans; entré le 16 mars 1864. Trois blennorrhagies antérieures; miction difficile depuis trois mois; la dilatation n'a lieu que péniblement; on ne peut aller au delà d'une bougie nº 9 et le rétrécissement se rétracte rapidement.

26 mars : uréthrotomie interne; introduction d'une bougie nº 16; miction facile après l'opération et à la sortie du malade.

III. Parmentier, soixante-sept ans. Blennorrhagies antérieures; depuis 1850, miction très-difficile; rétrécissement à 11 centimètres du méat. On ne peut pas dilater au delà du nº 3. Uréthrotomie interne, à l'hôpital du Midi, le 9 décembre 1864 ; introduction immédiate d'une bougie nº 17. Sortie du malade le 17 décembre ; miction facile.

IV. X..., vingt-six ans; entré à l'hôpital du Midi en août 1864. Rétrécissement de l'urèthre à la partie postérieure de la région spongieuse, ne laissant point pénétrer de bougies au delà du nº 10. Uréthrotomie interne. Aucun accident. Passage de sondes nº 20.

V. X..., vingt-deux ans. Deux rétrécissements dans la partie moyenne de la région spongieuse à la suite d'injections très-caustiques d'une solution de sublimé; rétrécissements très-durs; traitement sans succès par la dilatation; uréthrotomie interne des deux rétrécissements il y a quatre mois; introduction des sondes nº 20; miction très-facile depuis cette époque.

VI. X..., cinquante-huit ans. Rétrécissement à trois centimètres du méat; dilatation difficile; incision du rétrécissement en décembre 1852; introduction immédiate de bougies nº 20; dilatation jusqu'au nº 24; de temps en temps le malade s'introduit des bougies; persistance de la guérison depuis 1852.

VII. X..., trente-huit ans. Rétrécissement au niveau de la fosse naviculaire; dilatation ne pouvant pas dépasser le nº 10; retour d'une miction difficile; incision interne de l'urèthre; passage de bougies nºˢ 20 à 24. Guérison depuis une année.

VIII. X..., soixante-quatre ans. Trois rétrécissements très-durs de l'urèthre avec fistules urinaires, dont deux s'ouvrent à la partie inférieure de la verge, sur le scrotum, et la troisième en haut à la racine de la verge; le malade ne peut uriner qu'avec une sonde nº 10, introduite toujours difficilement; dilatation plusieurs fois essayée sans résultat; incision des trois rétrécissements; passage d'une sonde nº 16, laissée à demeure; un frisson et une orchite sans autres accidents; permanence des sondes à demeure pendant quinze jours; cicatrisation des fistules; miction et passage facile des bougies nº 17.

Dans tous les cas où j'ai pratiqué l'uréthrotomie interne, j'ai d'abord introduit dans la vessie une bougie conductrice très-fine qui a frayé la voie à l'uréthrotome sur lequel elle se vissait. Cet uréthrotome, qui

coupe à la fois d'avant en arrière et d'arrière en avant, est celui de M. Charrière ; il se manie facilement, se nettoie de même et permet de faire au besoin des incisions assez étendues.

J'ai toujours commencé par une incision d'avant en arrière, et si, ramenant l'instrument au niveau du rétrécissement, je sentais encore quelque obstacle, je n'hésitais pas à faire une incision d'arrière en avant. En songeant au degré de dilatation qu'exige une uréthrotomie pour amener des résultats satisfaisants, j'ai peine à comprendre qu'on puisse faire de l'incision d'arrière en avant une règle générale.

L'incision d'avant en arrière, complétée au besoin par une section d'arrière en avant de l'urèthre, a de grands avantages, car elle permet d'introduire de suite et facilement de grosses sondes.

Dans tous les cas que j'ai opérés, l'écoulement sanguin immédiat a été peu considérable, et le traitement consécutif des plus simples. L'uréthrotomie faite, j'ai introduit dans l'urèthre une bougie conique à boule des nos 16 à 20. Cette bougie contribue à arrêter l'hémorrhagie par la compression qu'elle exerce sur les lèvres de l'incision, elle maintient écartés les bords de la plaie, enfin, chose qui n'est pas à dédaigner, elle prouve au malade que son urèthre est largement dilaté. Cette bougie peut être laissée en place d'une demi-heure à une heure ; on l'introduit ensuite tous les jours pendant le même laps de temps, et la guérison, dans les cas que j'ai observés, s'est faite promptement et sans accident inquiétant.

Mais cette opération n'est pas applicable à tous les cas. Il y a des rétrécissements infranchissables pour lesquels l'uréthrotomie interne ne pourrait pas être appliquée ; il y en a avec des callosités si dures, des trajets si tortueux, qu'on ne peut pas inciser l'urèthre en dedans. Quatre fois je me suis trouvé devant des cas semblables, et j'ai réussi, par l'uréthrotomie externe, à lever les obstacles au cours de l'urine. Je vais rappeler brièvement ces quatre cas.

I. R..., 29 ans. Blennorrhagies ; rétrécissements de l'urèthre ; abcès urineux, puis cinq fistules urinaires. A l'entrée du malade à l'hôpital du Midi, à la fin de 1863, on constate deux rétrécissements à la partie postérieure de la région spongieuse ; impossibilité de laisser dans l'urèthre une sonde au delà de quatre millimètres.

Uréthrotomie externe sur conducteur, le 19 décembre 1863, avec incision des trajets fistuleux ; sonde n° 14 à demeure ; injections d'eau dans la vessie ; pansement excitant de la plaie.

Quelque temps après cette opération, lorsque la plaie est granuleuse, essai de réunion secondaire par quatre points de suture enchevillée ; résultat incomplet ; la plaie ne marche pas vers la guérison ; nouvelle opération par avivement des bords de la plaie, suture de ces

bords et incisions latérales pour diminuer la tension des téguments. La réunion s'opère dans une grande étendue ; les fistules se ferment ; 4 mars, l'urine sort par la verge. Érysipèle de la face en avril

Le malade sort le 4 juin. Une sonde n° 16 entre facilement dans la vessie ; il ne reste qu'une très-petite fistule périnéale. Au bout d'un mois, cette fistule est tout à fait cicatrisée ; un an après, la guérison se maintient, le malade s'introduit toujours de temps en temps une bougie n° 16.

II. B..., 41 ans. Entré à l'hôpital du Midi le 13 août 1864 ; jet tout à fait filiforme en vrille ; impossibilité de pénétrer dans le rétrécissement qui est à treize centimètres du méat.

3 septembre, uréthrotomie externe dont l'incision va jusqu'à deux centimètres de l'anus ; incision de l'urèthre en avant du rétrécissement sur un cathéter cannelé ; ouverture directe de l'urèthre sans cathéter en arrière du siége supposé du rétrécissement ; incision du rétrécissement entre les deux points ouverts de l'urèthre ; introduction immédiate d'une sonde n° 16 dans la vessie.

18 octobre, cicatrisation complète ; le malade sort de l'hôpital en introduisant dans l'urèthre une bougie n° 20.

III. X..., 37 ans. Rétrécissements multiples de l'urèthre ; suite de blennorrhagies et d'abcès urineux au périnée ; dilatation longtemps continuée sans succès. A l'entrée du malade à l'hôpital, on ne peut pénétrer que très-difficilement et avec des baleines très-fines. 24 septembre, uréthrotomie externe sans conducteur ; introduction immédiate d'une sonde n° 20. 16 octobre, cicatrisation de la plaie ; les sondes à demeure sont enlevées ; guérison.

IV. Carpentier, 63 ans. Rétrécissement de l'urèthre depuis l'âge de 57 ans, infranchissable maintenant ; traitement ancien par la dilatation ; retour des accidents de rétention d'urine. Impossibilité de faire pénétrer les bougies les plus fines au delà de treize centimètres.

Uréthrotomie externe sans conducteur, 21 novembre ; introduction immédiate d'une sonde n° 19. 30 novembre : orchite avec phlegmon et sphacèle du scrotum à la partie antérieure. La plaie de l'uréthrotomie externe continue à bien aller.

Au 31 décembre, on peut enlever la sonde à demeure ; il ne reste qu'une très-petite fistule au périnée, et l'urine ne la traverse pas à chaque miction.

En avril 1865, on constate que le calibre de l'urèthre ne s'est pas rétréci ; la petite fistule existe encore, mais on n'y peut introduire aucun stylet, et l'urine ne s'écoule que rarement à travers. La miction étant facile, le malade ne veut rien essayer pour faire clore cette fistule.

Sur ces quatre cas, je n'ai revu que deux malades un an après l'opération. Ils continuaient à bien uriner, mais ils avaient soin de s'introduire dans l'urèthre, une ou deux fois par semaine, une bougie conique des nos 16 à 20.

Voilà, Messieurs, ce que m'a donné l'uréthrotomie, tant l'uréthrotomie interne que l'uréthrotomie externe. Les accidents graves et les morts après cette opération, je ne les connais que par des observations rapportées par d'autres chirurgiens; mais en examinant bien tout ce qui a été publié à cet égard, j'arrive à penser que la principale, sinon l'unique cause de mort après cette opération, c'est l'urémie consécutive à une lésion des reins antérieure à l'opération.

Cette cause de mort n'est point particulière à l'uréthrotomie; on la retrouve dans toutes les opérations pratiquées sur les voies urinaires. Ainsi, en parcourant une statistique très-importante, celle où le docteur Bryant rapporte un relevé du traitement des rétrécissements de l'urèthre dans l'hôpital de Guy, à Londres, pendant sept années et demie, on constate que des lésions rénales ont presque toujours existé là où la mort a été la conséquence du traitement d'affections des voies urinaires. Le docteur Bryant divise en deux catégories les rétrécissements observés à l'hôpital de Guy et cités dans sa statistique: *Rétrécissements organiques simples, et rétrécissements traumatiques*. Les premiers furent au nombre de 603, et les seconds de 43. Sur les 603 rétrécissements organiques, 565 furent traités par la dilatation, et sur les 43 traumatiques, 37 furent dilatés. Dans cinq cas où le rétrécissement était à l'orifice du méat ou à son voisinage, on employa l'uréthrotomie interne; dans les autres cas où la dilatation ne réussit point, on fit l'incision extérieure du rétrécissement avec conducteur, et dans les rétrécissements imperméables la section périnéale sans conducteur.

Dans les 43 cas de rétrécissements traumatiques, on fit six fois l'uréthrotomie externe sans conducteur. En somme, on pratiqua 19 fois cette sorte d'uréthrotomie d'après le procédé de Syme, et il n'y eut qu'un cas de mort par lésion du rein et urémie. La section périnéale sans conducteur, donna au contraire, sur 24 cas, 6 morts.

En résumant tous les faits, on trouve à l'appui de l'opinion qui attribue aux lésions rénales la plus grande part dans la mortalité, que sur 603 cas de rétrécissements organiques, il y eut 36 morts, dont 26 furent autopsiés, et dans toutes ces autopsies, on constata une altération grave du rein. Dans deux cas, sur les dix où l'autopsie ne fut pas faite, les malades moururent avec les signes manifestes de l'urémie. Enfin, dans les huit derniers cas, on constata cet affaiblissement particulier aux maladies graves des reins.

Du reste, cette influence des lésions rénales sur la mortalité, ne se fait pas seulement sentir à la suite de l'uréthrotomie. Sur 19 cas de mort après la taille, relevés aussi par Bryant, on trouve 17 cas de lésions rénales, et sur 160 cas de taille à l'hôpital de Guy chez des enfants au-dessous de 15 ans, 9 morts furent la conséquence des maladies des reins.

Que conclure de tout cela ? C'est que la principale contre-indication de l'uréthrotomie, comme de toutes les opérations sanglantes à pratiquer sur les voies urinaires, c'est la lésion des reins. Il faudra donc, avant de proposer l'uréthrotomie, s'assurer, par un examen minutieux des urines, par une exploration profonde de la région rénale, que les reins ne sont pas malades.

Mais, et c'est par là que je termine, dans tous les cas où il n'y a aucune lésion rénale, si le rétrécissement de l'urèthre ne se laisse pas dilater, ou si la dilatation est difficilement tolérée, quels que soient l'âge du malade, la dureté du rétrécissement, la complication des fistules urinaires, il faut opérer et faire, soit l'uréthrotomie interne, si l'on peut introduire une sonde dans le canal pour conduire l'uréthrotome, soit l'uréthrotomie externe avec conducteur par le procédé de Syme, ou bien enfin dans les rétrécissements infranchissables l'uréthrotomie directe, sans cathéter conducteur du bistouri.

M. TRÉLAT. J'ai écouté avec le plus grand intérêt les communications de MM. Perrin et Follin, d'abord à cause des faits importants qu'elles renferment, et aussi, je l'avoue, parce qu'elles viennent à l'appui des idées que j'ai soutenues ici il y a deux ans.

On peut constater déjà, d'après l'exposé fait par nos deux collègues, que depuis cette époque les idées se sont modifiées sur la question de l'uréthrotomie, probablement à cause des nouveaux éléments fournis à la solution du problème. Je disais alors qu'il fallait distinguer avec soin les opérations faites autrefois d'après les méthodes anciennes et les opérations exécutées plus récemment avec les nouveaux procédés. Je montrais que ces dernières ne donnaient pas une mortalité supérieure à celle qu'on retrouve dans les opérations chirurgicales les plus simples, et que, très-probablement, on arriverait bientôt à n'avoir plus que deux ou trois pour cent d'insuccès.

Or, c'est précisément ce qui ressort de la statistique importante de M. Perrin. Cette amélioration dans les résultats tient évidemment au perfectionnement des procédés opératoires, et aussi à ce qu'on a bien reconnu que certains sujets ne devaient pas être soumis à cette opération. En d'autres termes, on a mieux apprécié les indications et les contre-indications que M. Perrin et M. Follin ont nettement formulées. Après avoir constaté ce progrès, je rapporterai brièvement

l'histoire de quatre uréthrotomies que j'ai eu l'occasion de pratiquer depuis la dernière discussion de 1863.

Je n'ai malheureusement pu revoir qu'un seul de mes opérés. C'est un malade de la ville. Il a aujourd'hui conservé tous les bénéfices de l'opération, à la condition de s'introduire de temps en temps des bougies, d'abord tous les cinq ou six jours, puis tous les huit ou quinze jours, et maintenant tous les deux mois.

Dans un autre cas, j'ai pratiqué l'uréthrotomie pour rendre possible le passage d'un lithotriteur. Il n'y eut aucun accident consécutif, et quatre jours après, la lithotritie put être faite sans difficulté. Le rétrécissement siégeait à sept centimètres du méat.

Le troisième malade était un homme de cinquante-cinq à cinquante-six ans, qui avait beaucoup vécu, et dont le rétrécissement avait été traité un peu par tout le monde. Ce rétrécissement, dur et peu serré, acceptait une bougie n° 12 de la filière Charrière; il était compliqué d'un écoulement purulent qui tourmentait beaucoup le malade; les urines étaient sédimenteuses, et il y avait souvent des douleurs rénales et vésicales. Je commençai par essayer la dilatation; puis, quand j'en eus constaté l'inefficacité complète, je fis l'uréthrotomie. Il n'y eut encore aucun accident d'aucune sorte. Pendant les huit jours qui suivirent la section, j'introduisis des mandrins que je remplaçai ensuite par des bougies en gomme élastique, dont l'introduction était faite d'abord tous les huit jours, puis tous les quinze jours, toutes les trois semaines, et enfin tous les mois.

Enfin, en décembre 1864, j'eus à traiter un jeune homme atteint depuis sept ans de rétrécissement. Des bougies d'un millimètre et demi d'abord, puis de deux millimètres et demi, purent seules être introduites. Au delà de ce volume, les bougies ne produisaient plus rien autre chose que des nuits sans sommeil, de l'ardeur en urinant et des symptômes de cystite. Après deux mois d'essais infructueux et d'intervalles de repos, je fis l'uréthrotomie sur deux rétrécissements distants l'un de l'autre d'environ quinze millimètres, le premier à quinze centimètres du méat urinaire. Après l'incision, je plaçai une sonde n° 20 de la filière Charrière. Aucun accident.

Un dernier malade fut opéré par moi d'uréthrotomie externe, il y a quatre ans et demi. C'était un homme de cinquante-quatre ans qui, depuis 1825, souffrait d'un rétrécissement pour lequel il avait subi toutes sortes de traitements, dilatation progressive et continue, dilatation forcée (méthode Perrève), et enfin établissement d'une boutonnière excessivement gênante. Après de longues tentatives, je reconnus qu'il était impossible d'introduire une bougie dans toute la longueur du canal, et, pour des motifs que je n'ai pas le temps de développer,

je me décidai à faire l'uréthrotomie externe, après laquelle j'eus assez de peine à introduire une sonde. Au bout de deux mois, la plaie uréthrale étant cicatrisée, je passai de temps en temps des bougies du n° 24 (filière Charrière), et aujourd'hui ce malade urine librement, à la condition d'avoir recours, avec une inaltérable régularité, à l'introduction de bougies volumineuses.

Si j'ai insisté sur la dilatation consécutive à l'uréthrotomie, c'est à cause de ce qu'a dit M. Perrin sur la valeur de l'uréthrotomie employée seule et sans dilatation préalable ou consécutive. Je crois, en effet, que ces deux méthodes se prètent un mutuel appui, qu'elles se complètent; je crois que M. Follin a bien posé les vraies indications de l'uréthrotomie interne. Quant à celles de M. Perrin, elles me paraissent trop larges pour être bien admises, et je me résumerais volontiers de la manière suivante : Dès que l'élasticité des rétrécissements cesse de permettre l'usage de la dilatation, il faut faire l'uréthrotomie. Contrairement à l'opinion de M. Perrin, je ne crois pas qu'il faille renoncer à la dilatation toutes les fois que la miction est gênée.

M. Perrin préfère l'instrument de M. Maisonneuve. Pour moi, il n'a pas d'autre avantage que celui qui résulte de sa courbure, et il offre l'inconvénient de ne pas renseigner sur l'étendue et le siége du rétrécissement, sans compter que sa pointe, quoique émoussée, peut produire la déchirure de la muqueuse.

Comme M. Perrin, je rejette les instruments terminés par une olive, parce que, avec eux, la section n'augmente le diamètre du rétrécissement que d'un millimètre au plus. Je crois qu'on peut employer avantageusement celui de Charrière, auquel je préfère celui que j'ai fait voir il y a deux ans, et dont je me suis toujours servi depuis.

En définitive, je termine en répétant ce que je disais en commençant : L'uréthrotomie interne est aujourd'hui une opération adoptée en principe; il ne s'agit plus que d'apprécier à leur juste valeur les meilleurs procédés opératoires. Les seules choses discutables sont les indications et les contre-indications.

— La discussion sera continuée dans la prochaine séance. La parole est réservée à MM. Dolbeau et Désormeaux.

COMMUNICATIONS.

Ponction du globe de l'œil dans le glaucome aigu.

M. PANAS. J'ai été appelé à soigner un malade atteint d'ophthalmie blennorrhagique. Il existait trois staphylômes de la cornée qui furent guéris par la cautérisation. Mais bientôt survinrent des douleurs excessivement aiguës résultant du développement d'un glaucome aigu

des plus intenses, avec irradiation dans les branches du trijumeau, à l'exception du rameau auriculo-temporal. Tous ces phénomènes étaient accompagnés de fièvre et de délire. Je pensai que tous ces accidents étaient dus à la compression intra-oculaire; les sangsues, un purgatif et les frictions d'onguent mercuriel n'ayant produit aucun soulagement dans cet œil, d'ailleurs complétement perdu pour la vision, je me décidai à faire la ponction du globe oculaire à six ou sept millimètres en arrière de la cornée pendant le sommeil chloroformique. Un calme immédiat succéda à cette opération, quoiqu'une très-petite quantité d'humeur vitrée se fut écoulée. Ce bien-être dura douze jours, pendant lesquels il ne s'écoula pour ainsi dire plus d'humeur vitrée, quoique l'ouverture faite au globe oculaire eût presque un centimètre d'étendue. Au bout de ce temps, les douleurs reparurent avec leur acuïté première. Je fis alors l'excision de la moitié antérieure du globe oculaire, en conservant les muscles dans le moïgnon destiné à supporter un œil artificiel.

Ce qui précède montre d'une manière évidente que le débridement de l'œil, alors qu'il n'a pas suppuré, ne suffit pas à faire cesser les douleurs causées par le glaucome aigu, quoiqu'on produise quelque chose d'analogue à ce qu'on obtient par l'iridectomie, c'est-à-dire la diminution de tension dans le compartiment postérieur de l'œil. Dans l'iridectomie, la tension intra-oculaire se trouve diminuée par suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse et la propulsion du diaphragme irien, qui a pour résultat ultime l'agrandissement du compartiment postérieur de l'œil. Dans la ponction de ce compartiment, la tension se trouve diminuée directement par l'écoulement d'une petite partie de l'humeur vitrée. Le résultat définitif est toujours le même.

M. FOLLIN. J'ai dans mon service un homme qui a traversé toutes les péripéties du malade de M. Panas. Je fis chez lui l'iridectomie, qui fut suivie d'un soulagement immédiat.

Cinq jours plus tard, les douleurs reparurent avec leur intensité première. Je fis alors la ponction de la sclérotique; une certaine portion du corps vitré sortit par la plaie; l'œil perdit de sa dureté, et aussitôt les douleurs cessèrent.

Pendant deux ou trois jours, tout alla bien; mais au bout de ce temps, les douleurs reparurent tout aussi intolérables qu'au début. Alors je fis l'ablation de la partie antérieure du globe, avec la précaution de laisser subsister les culs-de-sac conjonctivaux sur lesquels appuie l'œil artificiel bien plus que sur le moignon. Le soulagement fut encore immédiat.

Mais dès que la cicatrice du globe oculaire se fut faite, des souffrances nouvelles reparurent par suite du développement d'un nouveau

glaucome dans le moignon. Me rendant alors aux prières et aux supplications du malade, je pratiquai une résection complète du globe oculaire. Depuis ce moment, le soulagement a persisté, aucune douleur n'a reparu.

Du fait de M. Panas et du mien, il résulte donc que la paracentèse oculaire ne suffit pas toujours, à beaucoup près, à calmer d'une manière durable les douleurs du glaucome aigu.

L'iridectomie ne suffit pas non plus dans tous les cas, mais elle me paraît cependant préférable à la ponction du corps vitré pour deux raisons : la première, c'est que l'humeur aqueuse, s'écoulant plus facilement que l'humeur vitrée, produit une diminution plus considérable et plus rapide de la tension intra-oculaire ; la seconde, c'est que la section de la rétine, qui complique nécessairement la ponction sclé-roticale, n'est pas toujours sans danger.

M. PANAS. Je partage complétement l'avis de M. Follin ; mais je crois que si j'ai évité la récidive du glaucome dans le moignon, je le dois à ce que j'ai peut-être vidé la coque oculaire plus largement que mon collègue. En effet, après avoir passé un fil dans la partie antérieure du globe, je me suis servi des deux chefs de ce fil pour tirer en avant l'œil tout entier et pratiquer l'excision aussi en arrière que possible. Cette excision une fois faite, j'enlevai avec une curette tout ce qui pouvait rester d'humeur vitrée dans la cupule postérieure de l'œil.

Exostose de croissance avec kyste volumineux de voisinage.

M. BROCA. Il y a sept ou huit ans, j'eus l'occasion d'observer, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille qui portait des exostoses multiples et symétriques sur les différents points du corps. La disposition de ces exostoses me fit penser qu'elles étaient le résultat d'une exagération du travail épiphysaire qui produit l'accroissement du squelette ; d'où le nom d'*exostoses de croissance* que je leur ai donné. Un de mes élèves, M. Soulié, a fait sa thèse sur ce sujet.

Je présente aujourd'hui un exemple de cette variété d'exostose dont on avait déjà signalé quelques cas particuliers sous le nom d'*exostoses symétriques*, dénomination incomplète en ce qu'elle ne donne pas l'idée de leur origine, et inexacte parce que beaucoup de ces exostoses sont uniques et insymétriques.

Ces exostoses partent du cartilage épiphysaire, ce qui se conçoit facilement, puisqu'il est dans sa nature de produire du tissu osseux par une sorte de végétation. Elles se développent sur les bords des cartilages épiphysaires, en dedans ou en dehors, presque jamais en avant ni en arrière, ce qui me paraît devoir tenir à l'absence de pres-

sions musculaires sur les parties latérales. A mesure que l'os s'allonge par son épiphyse, l'exostose se trouve de plus en plus distante de l'extrémité de l'os sur lequel elle s'est formée; elle remonte, en quelque sorte, le long de la diaphyse; aussi son degré d'éloignement de l'extrémité osseuse peut-il servir à déterminer approximativement son âge. L'examen histologique permet d'y reconnaître tous les degrés de transition : cartilage, tissu chondroïde et tissu osseux.

Ces exostoses affectent des formes variables. Tantôt carrées, tantôt rectangulaires, elles sont souvent étranglées à leur base de manière à présenter une sorte de col ou même un véritable pédicule autour duquel on peut passer une aiguille courbe et une scie à chaîne.

La tumeur que je présente aujourd'hui existait chez un jeune homme de vingt ans ; elle avait commencé à se développer plusieurs années auparavant, ce qui est en rapport avec la distance qui la séparait de l'extrémité du fémur au moment où je fus appelé à l'observer pour la première fois.

Elle remontait jusqu'au voisinage de l'anneau du troisième adducteur. Autour de cette exostose s'était formé un kyste plus volumineux qu'une tête de fœtus à terme, kyste dont les parois avaient environ 1 centimètre d'épaisseur et qui contenait environ un litre de liquide sanguinolent. La nature de la tumeur étant bien déterminée, je l'enlevai à Saint-Germain, avec l'aide de M. le docteur Issartier (de Maule), le 13 novembre 1864.

Je ne crus pas devoir chloroformiser l'opéré, parce que l'auscultation du cœur me révéla l'existence d'un bruit de souffle au premier temps.

Ce qui gêna surtout pendant l'opération, ce fut la nécessité d'éviter les vaisseaux qui la contournaient. Une seule incision longitudinale, longue de 13 centimètres, put cependant suffire. Les muscles et les vaisseaux furent écartés. La tumeur fut mise à nu dans la plus grande partie de sa surface. Une scie à chaîne fut passée au-dessous du col de l'exostose, et l'excision put ainsi être faite sur le pédicule sans ouvrir le kyste qui s'y trouvait accolé. Comme la scie à chaîne avait un peu glissé, il me fallut achever l'enlèvement du reste du pédicule avec une scie à main.

La surface interne du kyste présentait çà et là des dépôts fibrineux analogues à ceux qu'on rencontre dans les hématocèles anciennes. La surface de l'exostose est surmontée de petites végétations mamelonnées, composées de tissu cartilagineux et de tissu chondroïde.

Les suites de l'opération ont été simples, mais la plaie a suppuré pendant assez longtemps, puis a été remplacée par une fistule dont M. Issartier m'a depuis annoncé la guérison complète.

Je dois dire que dans ce cas la présence de l'exostose est ce qui m'a mis sur la voie d'un diagnostic exact. C'est grâce à elle que j'ai pu me convaincre qu'il s'agissait bien là d'un kyste séreux développé au voisinage d'une exostose de croissance et non pas d'une tumeur de mauvaise nature.

Sans la présence de l'exostose, dont le pédicule, situé en dehors du kyste, était accessible au toucher, j'aurais, selon toutes probabilités, pris ce kyste à parois très-épaisses et à fluctuation très-obscure pour une tumeur solide.

M. PANAS. Je fournirai un renseignement à l'appui de l'opinion émise par M. Broca sur l'origine de ces exostoses. Je connais une famille dont trois membres portent ainsi une exostose, presque congénitale, développée chez tous sur le même point de la face externe du fémur.

M. BROCA. J'ajouterai que le développement rapide de la portion kystique de la tumeur est ce qui a rendu l'opération nécessaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 14 JUIN 1865.

Présidence de M. BROCA.

Séance du 14 juin 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

Bulletin des travaux de la Société de médecine de Marseille;

Notice sur les eaux thermales sulfureuses de Schinznach, par le docteur Aimé Robert;

Notice sur Dupuytren, par M. Gaillard (de Poitiers), membre correspondant;

Étude sur les coxalgies, par le même;

Une lettre de M. Dubreuilh, secrétaire du Congrès médical de Bordeaux.

— M. Fleury, membre correspondant, adresse une observation d'inversion de l'utérus, ablation de l'organe, guérison.

— M. Depaul fait hommage à la Société de son *Rapport à l'Académie de médecine sur les revaccinations en France*, 1863.

— M. Verneuil fait hommage à la Société de sa brochure intitulée : *Les chirurgiens érudits. — Antoine Louis.*

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Dauvé, une observation de coxalgie de cause traumatique. (Commissaire : M. Verneuil.)

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que M. Robert Adams (de Dublin), associé étranger, est présent à la séance.

M. Robert Adams remercie la Société de l'avoir admis dans son sein; il lui fait hommage de son ouvrage intitulé : *A treatise on rheumatic gout*. Un vol. in-8°, avec atlas lithographié in-4°.

— **M. PERRIN**. Messieurs, j'ai écouté avec le plus grand intérêt les deux faits communiqués par MM. Panas et Follin et relatifs à des inflammations intra-oculaires que le débridement sclérotical, suivi de l'évacuation d'une certaine quantité de corps vitré, n'est point parvenu à maîtriser.

Un cas analogue vient de se présenter à mon observation.

Un homme de cinquante-neuf ans, qui a déjà perdu l'œil droit, il y a huit ans, à la suite d'accidents sur la nature desquels je ne possède aucun renseignement utile, était exposé depuis cinq ans à de véritables accès glaucomateux. Une ou deux fois l'an, l'œil, sans cause occasionnelle, rougissait, devenait le siége de douleurs profondes, avec irradiations névropathiques vers la tempe et les deux maxillaires. Ces sortes de fluxions périodiques, pendant lesquelles la vue était profondément troublée, duraient une huitaine de jours, et puis tout rentrait dans l'ordre, et la vision recouvrait ses qualités habituelles.

Ce ne fut qu'au mois d'octobre dernier, c'est-à-dire plus de quatre années après le début du mal, que les accidents devinrent plus sérieux et que je vis le malade pour la première fois.

L'œil était turgescent; la conjonctive, d'une rougeur diffuse, était infiltrée de sérosité; le champ de la pupille était en grande partie couvert par une exsudation récente; la cornée était saine, sensible; l'iris, adhérent sur plusieurs points avec le cristalloïde, était irrégulièrement contractile ; le globe oculaire ne donnait pas la résistance glaucomateuse. La vision était à peu près abolie.

Malgré le traitement le plus énergique, consistant en émissions sanguines locales répétées, en instillations d'atropine à haute dose, calomel à l'intérieur, purgatifs, etc., l'inflammation ne céda qu'incomplétement, et de nouveaux accès se produisirent successivement

à de courts intervalles. Je pratiquai alors une très-large excision de l'iris. Elle produisit un excellent effet immédiat; les douleurs cessèrent, la rougeur et la turgescence disparurent rapidement. Je me croyais maître de la situation, lorsque, après une rémission complète de trois mois environ, un accès plus violent que les précédents vient de se déclarer il y a quelques jours. J'ai pu constater de nouveau que, malgré la violence de l'inflammation intra-oculaire, il n'existe aucun des signes pathognomoniques du glaucome. La cornée conserve toute sa sensibilité; la chambre antérieure est intacte; l'iris ne paraît pas altéré, et le globe de l'œil enfin ne donne pas à la pression la dureté glaucomateuse.

Malgré le traitement, j'ai grand peur d'être prochainement forcé, comme nos deux collègues, d'ouvrir largement l'œil pour calmer les douleurs qui sont intolérables et pour prévenir de plus graves dangers.

RAPPORT VERBAL.

M. TRÉLAT fait un rapport verbal sur une brochure de M. le docteur Gachet (d'Issoudun) intitulée : *l'Hôpital et la famille dans les villes secondaires*, et adressée par lui à la Société.

Ce travail, très-bien fait, a pour but de combattre l'idée de construire à Issoudun un hôpital très-dispendieux (600,000 fr.), qui est complétement inutile, pour cette raison bien simple qu'il n'existe pour ainsi dire pas à Issoudun de population nomade comme dans les grandes villes manufacturières.

A ce propos, M. Gachet montre qu'en principe les secours à domicile largement organisés et dotés, dans de semblables conditions, sont infiniment préférables à des secours hospitaliers.

Après avoir fait ressortir tout ce qu'il y avait d'intéressant et d'important dans le travail de M. Gachet, M. Trélat propose à la Société d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments sympathiques pour l'envoi de sa brochure.

M. VERNEUIL fait constater comme un très-bon symptôme la tendance de nos confrères des départements à transmettre à la Société leurs idées sur les questions relatives à l'assistance publique. Il serait à désirer, ajoute-t-il, que cela pût calmer l'espèce d'ardeur avec laquelle les administrations municipales se laissent aller à l'irrésistible monomanie d'élever des monuments hospitaliers dans des villes dont les habitants ne veulent pas s'en servir.

M. LEFORT fait remarquer que cette répugnance qu'on trouve généralement en France pour entrer dans les hôpitaux n'existe pas en Allemagne, ce qui tient à ce que chez nos voisins tout le monde, pa-

trons et ouvriers, maîtres et domestiques, y est abonné. En sorte que chez eux, se faire soigner à l'hôpital, ce n'est pas recevoir l'aumône, mais user du droit à un secours mutuel plus largement organisé.

M. LARREY, en appuyant les idées émises par ses collègues, pense que le travail de M. Gachet doit être pris en sérieuse considération. Il serait d'avis qu'il en fît parvenir des exemplaires au Corps législatif où pourraient être discutées à fond, et avec tous les détails qu'elles comportent, les questions importantes d'économie politique dont la Société de chirurgie ne pourrait s'occuper sans sortir du rôle tout scientifique qui lui est réservé.

La proposition de M. Trélat est mise aux voix et adoptée.

Des remercîments sympathiques seront adressés à M. le docteur Gachet (d'Issoudun).

PRÉSENTATION DE MALADE.

Déformation considérable du tibia à la suite de l'extraction d'un séquestre de 0m,13, faite il y a cinq ans.

M. MARJOLIN. L'enfant que je présente à la Société, qui est d'une assez bonne constitution et âgé de treize ans et demi, était entré dans mon service, dans le courant de septembre 1859, pour une ostéo-périostite du tibia, dont la cause probable était une marche forcée.

L'affection remontait à quatre mois; elle avait été accompagnée de symptômes inflammatoires graves et s'était terminée par la nécrose de la presque totalité de la diaphyse du tibia.

L'extraction du séquestre, qui était un cylindre de plus de 0m,13 de longueur, ne présenta rien d'extraordinaire, et à partir de l'opération, la suppuration alla toujours en diminuant.

Six mois après son entrée, l'enfant quitta l'hôpital marchant très-bien à l'aide d'un appareil qui soutenait la jambe; cette précaution m'avait semblé d'autant plus nécessaire que déjà le nouvel os commençait à fléchir.

L'enfant partit pour la campagne, y resta un mois, l'incurvation de l'os n'augmentant pas; mais, quelque temps après son retour, ayant fait une chute avec son appareil, il se forma une saillie angulaire qui a une configuration telle que l'on serait tenté de croire qu'il y a eu non-seulement courbure, mais fracture de l'os nouveau au niveau de son point de jonction avec l'os ancien.

Malgré cette difformité très-marquée, l'enfant, dont la santé générale s'était sensiblement améliorée et qui avait beaucoup grandi, fut obligé d'abandonner son appareil devenu inutile. Mais, comme il n'éprouvait que très-peu de gène dans la marche, je ne le revis que deux ou trois

fois. Très-probablement il ne serait pas revenu me consulter sans une nouvelle contusion reçue dernièrement sur la partie la plus saillante du tibia et qui a amené une excoriation des téguments.

Ce fait a une grande analogie avec un autre dont il fut question dans les premières réunions de la Société de chirurgie; il s'agissait d'un enfant très-bien portant, ayant un cal vicieux de la jambe. Notre collègue M. Guersant, à qui il avait été adressé, demanda quelle était la conduite que le chirurgien devait suivre. D'après un ou deux cas de succès obtenus par M. Josse (d'Amiens), quelques membres de la Société pensèrent qu'on ne pouvait laisser l'enfant dans cet état et qu'il y avait quelque chose à faire. Comme en définitive l'enfant était assez peu gêné pour aller et venir, un assez grand nombre des membres de la Société, et M. Guersant entre autres, pensèrent qu'il serait plus sage de s'abstenir de toute opération. Malheureusement ce ne fut pas l'opinion qui prévalut; M. Malgaigne pratiqua la résection de l'angle saillant du tibia, et l'enfant succomba.

Pour ma part, dans le fait actuel, comme l'enfant est très-agile, qu'il marche et court très-bien sans béquilles, et qu'il exerce une profession peu fatigante, je crois que ce qu'il y a de mieux à faire c'est de lui donner un appareil qui diminue un peu la claudication. Maintenant, en voyant ce fait, ne doit-on pas craindre que dans de véritables résections sous-périostées, pratiquées sur le membre inférieur, il ne survienne aussi de semblables incurvations?

M. **BROCA**. Je crois qu'à Paris, dans nos hôpitaux, il n'y a pas lieu de toucher à ce membre, mais peut-être pourrait-on l'opérer utilement dans un hôpital de province.

M. **GUERSANT**. Par cela même que cet enfant, malgré sa difformité, peut facilement aller et venir, monter et sauter, je crois qu'il ne faut pas toucher à son membre, même à la campagne. Ce serait faire là une opération de luxe qui ferait courir des dangers trop grands. Je serais d'autant plus disposé à l'abstention dans ce cas que le malade peut parfaitement masquer sa difformité par un pantalon un peu large. Ce serait, suivant moi, faire de la mauvaise chirurgie que d'exposer de gaieté de cœur un enfant bien portant, pouvant gagner sa vie, à des dangers considérables, peut-être même à la mort, pour un résultat problématique.

M. **GIRALDÈS**. Cet enfant ne paraît pas avoir autre chose qu'une fracture incomplète d'un os de nouvelle formation, due peut-être à un état semi-rachitique.

Je pense, comme M. Guersant, que les opérations de luxe ne doivent pas être faites. Mais, dans le cas actuel, on doit se poser deux questions : d'abord, cet enfant pourra-t-il, avec sa difformité, exercer

une profession qui lui permette de gagner sa vie? en deuxième lieu, l'opération étant supposée admise, pourra-t-on en obtenir une amélioration suffisante? A la première question je répondrai par le doute, à la seconde par l'affirmative, attendu que j'ai déjà trois fois fait avec succès des résections pour des cas analogues, et cela dans nos hôpitaux. Ma seule préoccupation serait de savoir si le périoste restant sera capable de fournir les éléments nécessaires à une consolidation complète.

M. GUERSANT. J'insiste pour faire remarquer que les petits malades de M. Giraldès ne pouvaient probablement pas marcher avant l'opération. Celui de M. Marjolin, au contraire, se sert facilement de son membre, il marche et saute; lui faire courir un risque quelconque me paraît téméraire.

M. DEMARQUAY. Je crois, comme M. Guersant, qu'il n'y a pas lieu d'opérer, mais j'accepterais volontiers l'emploi d'un appareil prothétique, qui pourrait amener un certain redressement du membre. J'ai vu faire deux opérations de ce genre, et elles ont échoué. Au contraire, dans deux cas analogues les appareils prothétiques ont rendu de grands services.

M. BROCA. J'ai vu Blandin tenter le redressement d'une fracture consolidée angulairement. Il y eut décollement de l'épiphyse. L'enfant est sorti amélioré, mais je ne me rappelle pas si la consolidation était complète.

M. GIRALDÈS. Vouloir redresser ce membre par des appareils prothétiques, c'est savonner un nègre pour le blanchir.

M. DÉSORMEAUX. Contrairement à l'avis de M. Giraldès, je serais disposé à essayer l'emploi d'un appareil prothétique. Je n'y vois aucun inconvénient, il y aurait peut-être quelque avantage. D'ailleurs il vaudrait mieux, ce me semble, avec l'idée singulière de blanchir un nègre, le savonner que l'écorcher.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la Commission chargée de présenter des candidats à une place vacante de membre titulaire.

La Commission propose en terminant la liste suivante :

En première ligne, M. Labbé.

En deuxième ligne, *ex æquo*, par ordre alphabétique, M. Després et M. Tillaux.

En troisième ligne, M. Leroy (d'Étiolles).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

SÉANCE DU 21 JUIN 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine,

Le *Bulletin général de thérapeutique.*

M. le docteur Beyran fait hommage à la Société de sa brochure intitulée : *De l'uréthrotomie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.*

M. Giraldès offre de la part de M. Ignacio Rodriguez da Costa-Duarte, sa thèse inaugurale sur les fistules génito-urinaires chez la femme.

A propos du procès-verbal :

M. LARREY fait savoir qu'il a reçu une lettre de remercîments de M. Gachet (d'Issoudun), qui annonce qu'il a fait parvenir au Corps législatif plusieurs exemplaires de sa brochure.

Discussion sur l'uréthrotomie.

M DOLBEAU. Je commencerai par remercier M. Perrin d'avoir provoqué une nouvelle discussion sur l'uréthrotomie interne. Vous avez tous remarqué l'argumentation solide et brillante de notre collègue, nous devons l'en féliciter, et, personnellement, je lui sais gré de l'extrême courtoisie qu'il a apportée dans la critique de mes opinions.

Lorsqu'en 1862 j'ai exposé devant la Société de chirurgie les résultats de ma pratique, relativement à l'application de l'uréthrotomie, je me suis efforcé de démontrer que cette opération, réservée à des cas spéciaux et bien déterminés, méritait d'être prise en grande considération. Je dois l'avouer, je n'ai rencontré parmi vous que de rares adhésions et les résultats de la discussion n'ont pas été très-favorables à l'opération de l'uréthrotomie. A quelque temps de là, M. Perrin vint nous dire : On repousse en général trop sévèrement l'uréthrotomie ; c'est une question qu'il faut discuter et résoudre sans parti pris, mais la solution de cet intéressant problème ne peut sortir que de l'observation clinique. Joignant l'exemple au précepte, notre dis-

tingué collègue nous apportait treize observations sévèrement recueillies, et il prenait l'engagement de vérifier dans l'avenir les résultats définitifs obtenus chez ces treize malades.

Dans les précédentes séances, M. Perrin a exposé les résultats de son enquête chirurgicale ; puis, satisfait de ses recherches, il a montré une fois de plus que la mortalité, après les opérations d'uréthrotomie, était relativement faible, puisqu'on ne perd que trois malades sur cent.

Enfin, M. Perrin a terminé sa communication en déclarant que la dilatation ne répondait pas à tous les besoins de la pratique et que l'uréthrotomie, telle qu'on l'exécute aujourd'hui, était une méthode de traitement suffisamment perfectionnée pour entrer dans le domaine de la clinique. Chemin faisant, M. Perrin s'est occupé des indications de l'opération, du procédé et de l'instrument qu'il conseille d'employer désormais.

J'ai l'intention, Messieurs, d'examiner et de discuter les différentes parties de la communication de M. Perrin. Je ne partage pas complétement la manière de voir de notre collègue, mais je crois qu'il a raison quand il dit qu'on repousse d'une manière trop systématique une opération qui est aujourd'hui bien réglée et qui a rendu de véritables services. J'ajouterai une réflexion : c'est probablement parce que la dilatation est parfois insuffisante que bon nombre de chirurgiens pratiquent actuellement la section des rétrécissements.

Dans la discussion qui va suivre, et pour apporter une plus grande facilité dans le débat, j'intervertirai un peu l'ordre suivi par M. Perrin.

En terminant sa communication, notre collègue, rejetant la classification des rétrécissements en dilatables et non-dilatables, propose de faire deux classes d'angusties uréthrales. Il distingue les rétrécissements suivant que la maladie met ou non obstacle à la fonction urinaire. Cette distinction ne me paraît pas acceptable, car je me demande comment l'on reconnaîtra l'existence d'un rétrécissement qui n'apporte aucun trouble dans la miction. Les individus qui pissent mal hésitent toujours longtemps à venir consulter ; comment M. Perrin peut-il admettre que ceux qui ne souffrent pas viendront demander des conseils! Peut-être ai-je mal compris ; notre collègue classe probablement ses malades suivant qu'ils éprouvent des phénomènes douloureux ou suivant que le rétrécissement n'entraîne que des troubles mécaniques dans la miction. Si telle est la distinction qu'a voulu établir M. Perrin, je l'accepte et, comme lui, je sectionnerai le rétrécissement chez les malades de la première catégorie. La dilatation sera réservée pour le second groupe de malades,

seulement l'uréthrotomie demeurera une méthode exceptionnelle, car les individus qui souffrent et chez lesquels le rétrécissement provoque des accidents multiples sont en nombre relativement petit.

M. Perrin nous a retracé le lugubre tableau que présentent les malheureux qui portent des rétrécissements compliqués de l'urèthre; il nous a parlé de ces vives douleurs, de ces accès de fièvre ou bien encore des rétentions d'urine qui se montrent à des époques plus ou moins rapprochées de la maladie; il nous a fait voir les pauvres patients allant de crise en crise et finissant par succomber. Car, dit notre collègue, la dilatation est insuffisante, elle ne tue pas les individus, mais elle les laisse mourir. Ce tableau est exact, et pour les cas de cette nature l'uréthrotomie est bien indiquée; mais ce sont là des circonstances exceptionnelles dont M. Perrin me semble exagérer la fréquence. Le plus grand nombre des rétrécissements constitue surtout une infirmité; les individus urinent par un jet très-fin; aussi le temps employé pour vider la vessie est-il considérablement augmenté. Mais voilà tout; aussi les malades se gardent-ils bien de consulter, et cependant c'est une affection menaçante puisque d'un instant à l'autre les complications pourraient survenir.

On a dit souvent que les rétrécissements de l'urèthre ne permettaient pas d'arriver jusqu'à la vieillesse, que leur présence entraînait des accidents dont la marche lente et insidieuse favorisait la formation de lésions organiques graves et fatalement mortelles. On a répété qu'on n'observait plus de rétrécissements dans les hospices consacrés aux vieillards, les désordres qu'entraîne l'existence d'un rétrécissement ne permettant pas d'atteindre l'âge indiqué par les règlements. Je pense, pour ma part, que cette assertion n'est point exacte. Certes, les lésions prostatiques dominent chez les vieillards; cependant j'ai vu un certain nombre de rétrécissements à l'hospice de Bicêtre. La plupart de ces vieilles coarctations ne déterminent guère d'accidents, mais le cathétérisme fait reconnaître parfois la présence d'un obstacle, lorsque par hasard on est obligé de remédier à une rétention d'urine, causée d'ailleurs par une lésion de la prostate.

Il semble que les rétrécissements de l'urèthre entraînent moins de phénomènes réactionnels, alors que les individus ont dépassé l'âge adulte; l'explication de cette particularité nous semble facile à trouver. En effet, la présence d'un rétrécissement s'accompagne souvent, chez l'adulte, de phénomènes spasmodiques qui ont leur siége dans les fibres musculaires entrant dans la constitution du canal de l'urèthre; c'est généralement cet élément spasmodique qui intervient dans la production des accidents aigus qui compliquent les rétrécissements de l'urèthre, la rétention d'urine par exemple. Lorsque l'irritation des

fibres musculaires se prolonge pendant longtemps, les anneaux musculeux qui entourent l'urèthre deviennent progressivement moins élastiques, puis rigides, et on voit naître ce qui a été désigné sous le nom de contracture. Ces diverses circonstances, ne permettant plus l'ampliation du canal de l'urèthre au moment de la miction, il en résulte des douleurs, des rétentions incomplètes mais permanentes; dans ces cas, pour le dire en passant, la dilatation est impuissante et l'uréthrotomie peut seule vaincre l'obstacle.

Mais quelles sont les causes de ces accidents spasmodiques qui donnent aux rétrécissements une gravité exceptionnelle? Il faut invoquer les fatigues et principalement les excès de toutes sortes. Lorsque l'âge mûr arrive, l'urèthre se trouve dans un repos relatif; les différentes circonstances que nous venons d'indiquer se présentent rarement à cette époque de la vie, et voilà pourquoi les rétrécissements de l'urèthre restent le plus ordinairement silencieux chez les vieillards.

Suivant M. Perrin, tous les individus atteints d'un rétrécissement de l'urèthre seraient voués à une vie misérable, continuellement troublée par des accidents qui finiraient un jour ou l'autre par entraîner la mort; c'est là une exagération, et, je le répète, les malades placés dans ces conditions sont en minorité, ce qui ne m'empêche pas de reconnaître, comme M. Perrin, que dans ces cas, l'uréthrotomie peut seule sauvegarder les individus.

Par conséquent, nous sommes d'accord avec M. Perrin, sauf sur la proportion relative des cas graves : aussi répétons-nous que l'uréthrotomie reste une méthode d'exception.

Il y a une série de rétrécissements qui, par leur nature, sont ordinairement réfractaires à la dilatation, ce sont les rétrécissements cicatriciels; mais il est bon d'ajouter que ces obstacles se compliquent rarement d'accidents spasmodiques ou inflammatoires. L'uréthrotomie convient assez bien au traitement de ces angusties, et je suis surpris que M. Perrin s'en soit montré peu partisan, quoique chez son malade du numéro 2 (rétrécissement traumatique) il ait appliqué d'emblée la méthode sans recourir à la dilatation.

Messieurs, nous pensons avoir établi qu'il existe une catégorie de rétrécissements compliqués d'accidents et pour lesquels l'uréthrotomie est une précieuse ressource, mais que M. Perrin a exagéré la fréquence de ces cas rebelles à la dilatation. Abordons maintenant un second point, c'est celui de la gravité relative de l'uréthrotomie comparée à la dilatation.

M. Perrin a bien établi, suivant moi, que le chiffre de la mortalité avait été sans cesse décroissant à mesure que l'uréthrotomie allait se perfectionnant, et le chiffre de 3 pour 100 est de nature à calmer bien

des craintes. Cependant l'uréthrotomie demeure une opération plus grave que la simple dilatation. Je veux bien admettre que la dilatation est impuissante dans les cas compliqués, qu'elle laisse aller les accidents faute de pouvoir rendre à l'urèthre sa capacité normale ; c'est une opération insuffisante par conséquent, mais qui a une gravité certainement moins grande que l'uréthrotomie.

Nous disions en 1862 : « L'uréthrotomie peut causer la mort, mais le danger réside surtout dans les incisions trop profondes. L'opération doit comprendre toute l'épaisseur du rétrécissement, mais respecter tous les tissus sains. »

Messieurs, c'est quelque chose qu'une incision uréthrale; du reste, M. Perrin reconnaît comme moi l'importance de cette incision intra-uréthrale, et il convient que l'opération expose d'autant moins le malade que la section est davantage limitée à l'obstacle. Il y a donc accord parfait entre mon collègue et moi, nous différons cependant sur le procédé. M. Perrin repousse l'uréthrotomie faite d'arrière en avant, il donne pour raison que ce procédé n'est pas applicable à tous les cas, puisque l'olive de l'instrument ne peut pas toujours aller au delà du rétrécissement. Il me semble que ce n'est point une raison pour rejeter l'uréthrotomie d'arrière en avant; il faut se défier d'une manière générale de ces procédés et de ces instruments qui sont bons à tout faire. Oui, l'uréthrotomie ne peut pas toujours s'exécuter d'arrière en avant, mais quand l'olive franchit le point étroit, rien n'est plus facile que de préciser et d'apprécier l'obstacle ; la section s'opère alors d'une façon vraiment mathématique. J'ai pratiqué plusieurs fois l'uréthrotomie d'avant en arrière, mais je déclare que c'est l'instrument qui agit d'une manière plus ou moins précise et que l'intervention du chirurgien est pour bien peu de chose. Pour ma part, j'ai peu de confiance dans ces instruments perfectionnés qui font les opérations à eux tout seuls.

M. Perrin a remarqué, comme tous ceux qui ont fait l'uréthrotomie, que des incisions très-superficielles suffisaient souvent pour obtenir un écartement considérable, et par suite le rétablissement du canal ; pourquoi alors employer des instruments qui coupent tant ou tant de millimètres, ni plus ni moins.

Tout en admettant que l'opération est toujours indécise lorsqu'on l'exécute d'avant en arrière, je crois qu'il est préférable d'employer un instrument droit, dont on découvre la lame juste assez pour franchir l'obstacle. Avec l'uréthrotome de M. Charrière, on pratique assez régulièrement l'opération.

Comme M. Perrin, je crois mauvais de faire suivre l'incision d'avant en arrière d'une deuxième incision faite d'arrière en avant.

J'aime mieux attendre, juger des résultats obtenus, explorer le rétrécissement d'arrière en avant avec l'olive, et couper alors s'il en est encore besoin.

M. Perrin n'est pas éloigné d'admettre la section du rétrécissement pratiquée en plusieurs fois ; pourquoi se montre-t-il donc si partisan de l'uréthrotomie faite avec un instrument qui coupe aveuglément tant de millimètres de tissu, pour un rétrécissement dont il ne connait pas l'épaisseur ? Son incision doit être ou trop superficielle ou trop profonde, suivant le degré d'ouverture de la lame ; le hasard peut seul proportionner l'incision à l'étendue de l'obstacle.

M. Perrin, après avoir mis de côté ma statistique, n'a pas hésité à chercher dans les résultats obtenus des arguments contre l'uréthrotomie pratiquée d'arrière en avant. « Tous les opérés de M. Dolbeau, dit-il, ont eu un accès de fièvre à la suite de la section. » Mais, si nous prenons les observations de M. Perrin, nous voyons que ses malades n'ont pas souvent échappé à ce genre d'accidents.

Pour l'hémorrhagie, M. Perrin a évidemment exagéré en disant que la section d'arrière en avant exposait à cet accident. Trente et un de mes opérés ont présenté un simple écoulement de sang qui s'est arrêté seul avec la sonde laissée à demeure pendant vingt-quatre heures, restent cinq malades qui ont eu une véritable hémorrhagie. Mais examinons les faits de M. Perrin ; il est dit : que l'opéré du n° 3 a eu une hémorrhagie qui a duré trente-six heures, que le malade n° 8 a eu un écoulement de sang assez abondant, que le n° 7 a perdu une assez grande quantité de sang, et que l'hémorrhagie a reparu sept jours après, à l'occasion d'une exploration avec la sonde. Je n'insisterai pas.

Les accidents des opérations, quelles qu'elles soient, ont une intensité variable ; il faut tenir compte de la susceptibilité de certains sujets et de leur constitution. Quand M. Perrin aura pratiqué un plus grand nombre d'uréthrotomies, il verra que chez certains individus la réaction est terrible, que chez d'autres l'écoulement sanguin est très-abondant, et que ce n'est ni le procédé, ni l'instrument qui doivent être incriminés, mais bien le malade lui-même. Pourquoi l'opération est-elle habituellement simple, et parfois si grave ? impossible de le dire, et c'est là, suivant moi, la grande objection à faire à l'uréthrotomie. Quand il y a urgence, on peut et on doit braver l'inconnu, mais sans cela on marche dans l'erreur.

Je reste convaincu que l'incision d'arrière en avant est plus précise et plus sûre. Je trouve que M. Perrin a exagéré les avantages de l'un des procédés et les inconvénients de l'autre. Quant à la gravité relative de la section et de la dilatation, notre collègue a bien fait voir que la dilatation ne pouvait rien dans les cas graves, mais il n'a pas

démontré que l'incision la mieux faite ne sera pas toujours une manœuvre plus dangereuse que le passage d'une bougie molle. L'incision, aussi bien réglée qu'on voudra le supposer, offrira néanmoins tous les inconvénients qui peuvent succéder à toutes les solutions de continuité.

J'aborde maintenant un nouveau point de la discussion ; il s'agit des résultats définitifs fournis par l'uréthrotomie. Ceux qui ont entendu la communication de M. Perrin doivent rester persuadés que notre collègue est beaucoup plus partisan de la section qu'il ne l'était en 1862. L'expérience semble avoir entraîné ses convictions; aussi, dit-il dans un passage de son discours : « l'uréthrotomie n'est pas une méthode routinière comme la dilatation; elle aspire au progrès, et quand, au lieu d'être repoussée un peu systématiquement, elle sera acceptée comme méthode générale, etc. » Vous voyez par cette citation que si notre collègue ne proclame pas l'uréthrotomie comme la méthode unique de traitement, il est bien près de formuler cette conclusion par trop radicale. Je crois que sur ce point M. Perrin va encore trop loin, et que son enthousiasme le pousse à voir trop en beau les résultats de l'uréthrotomie, je vous le démontrerai dans un instant; mais avant d'aller plus loin, je tiens à relever quelques inexactitudes qui ont échappé à notre savant collègue. « Nous ne connaissons, dit-il, que les résultats numériques de la pratique de M. Dolbeau; quelques faits ont été seulement publiés dans la thèse de M. Mauvais. » M. Perrin aura oublié de consulter certaines publications, le *Bulletin de thérapeutique*, par exemple, mon *Traité sur le traitement de la pierre*, et quelques thèses de la Faculté; du reste, je lui concède que toutes mes observations n'ont point encore été publiées; mais en résulte-t-il, ainsi que le dit M. Perrin, que notre collègue ait été embarrassé pour classer mes travaux ? a-t-il lu toutes les observations des autres chirurgiens? Non. Il se demande, pour mes opérés, s'il s'agissait d'uréthrotomie avec incision profonde ou superficielle, etc. En vérité, il suffit de lire les *Bulletins de la Société de chirurgie* pour voir que j'ai pratiqué et que je recommande les incisions superficielles limitées exactement à la partie malade.

Un autre motif d'incertitude est encore venu troubler notre collègue : j'ai combiné l'uréthrotomie avec la dilatation, et M. Perrin conclut que j'emploie une méthode toute particulière qui n'est point en cause dans le débat. Toutes ces remarques ont été énoncées avec réserve, je le reconnais; mais, comme M. Perrin est tout disposé à modifier sa manière de voir, je désire démontrer ici que je fais l'uréthrotomie comme tout le monde, mais que je fais en sorte d'en régler l'application et d'en assurer les résultats.

Vouș le savez, Messieurs, les malades atteints de rétrécissements de l'urèthre consultent les chirurgiens à l'occasion de symptômes très-variés : les uns ont des difficultés matérielles à rendre les urines ; ils pissent souvent et lentement; d'autres souffrent à chaque miction ; quelques-uns sont dyspeptiques, maigrissent et ont la diarrhée; quelques autres n'ont que des accès fébriles mal caractérisés.

En questionnant tous ces individus, on peut arriver à soupçonner l'existence d'une coarctation ; mais pour acquérir une certitude, il est indispensable de pratiquer le cathétérisme. Le rétrécissement une fois constaté, il y a une indication absolue : il faut rendre autant que possible à l'urèthre ses dimensions et sa souplesso. La dilatation temporaire ou permanente suffit très-souvent, le plus souvent, et la guérison plus ou moins durable en est la conséquence. Dans quelques circonstances exceptionnelles, le passage de la sonde détermine des accidents locaux ou généraux; d'autres fois, la dilatation n'avance pas, etc. Dans tous ces cas, je pense qu'il vaut mieux faire l'uréthrotomie que d'abandonner les malades à eux-mêmes, ainsi que le font bon nombre de chirurgiens.

Grâce à l'incision, le canal récupère ses dimensions; mais l'expérience m'a démontré que ce résultat immédiat ne se maintenait pas toujours, et qu'il était sage, pour assurer le résultat définitif, de poursuivre la dilatation pendant longtemps, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à exagérer les dimensions physiologiques de l'urèthre rétréci. Notre honorable correspondant M. Bourguet (d'Aix) a bien fait voir que la dilatation exagérée et longtemps prolongée avait procuré à quelques-uns de ces malades une guérison définitive; je vois dans les faits heureux publiés par notre confrère un encouragement à continuer la dilatation après la section du rétrécissement. Je dis donc, comme en 1862 : l'uréthrotomie est une méthode exceptionnelle, c'est un adjuvant de la dilatation, puisque cette opération n'est pratiquée que lorsque la dilatation ne peut pas être obtenue, et puisque, en définitive, l'incision n'est qu'un moyen de poursuivre la cure des rétrécissements en permettant d'obtenir une dilatation croissante et exagérée.

Voici ce que M. Perrin appelle ma méthode; voyons maintenant si sa manière de faire diffère beaucoup de la mienne.

Si nous abordons les faits publiés par M. Perrin, une chose nous frappe tout d'abord : les malades n'ont été opérés que parce que la dilatation ne marchait pas ou provoquait des accidents. Chez le n° 1, je cite textuellement, on a pratiqué l'uréthrotomie parce que la dilatation déterminait une exagération dans la sensibilité et provoquait la rétention d'urine et des accès de fièvre. Le n° 3 avait été soumis pendant longtemps à la dilatation, mais sans amélioration.

Chez le n° 4, on avait tenté la dilatation pendant trois mois. Chez le n° 5, la dilatation prolongée pendant six semaines déterminait des accès de fièvre et des spasmes de l'urèthre. Chez le sixième malade, la dilatation donnait naissance à un ténesme vésical très-pénible. Chez le septième, après onze jours de dilatation, survint la fièvre et la rétention d'urine. Chez le malade du n° 8, la dilatation provoquait la rétention d'urine. Chez le malade du n° 9, la dilatation était interminable à cause de l'extrême sensibilité, en même temps qu'elle provoquait des accidents généraux. Chez le n° 10, on a pratiqué l'uréthrotomie à cause des récidives rapides succédant à la dilatation. Chez le onzième, l'urèthre avait acquis par la dilatation 5 millimètres de diamètre, lorsque des accidents nécessitèrent l'uréthrotomie. Enfin, chez le douzième malade, c'est parce que la sonde déterminait des accès de fièvre qu'on a coupé le rétrécissement de l'urèthre.

Ces diverses circonstances justifient parfaitement l'emploi de l'uréthrotomie, mais encore faut-il reconnaître que c'est en essayant la dilatation qu'on a vu survenir une indication d'urgence et qu'on est arrivé à la section.

Après ces diverses opérations, M. Perrin a négligé la dilatation consécutive ; c'est en jugeant les résultats obtenus par notre collègue que nous verrons qu'il eût été préférable de maintenir les effets obtenus, dût-on considérer l'incision de l'urèthre comme un simple moyen de parvenir à la dilatation complète du canal. C'est également en soumettant à la critique les résultats obtenus par M. Perrin que nous démontrerons, ainsi que nous l'avons déjà avancé, que notre collègue est trop enthousiaste de l'uréthrotomie, et que son expérience clinique aurait pu le conduire à des conclusions un peu moins favorables à l'incision des rétrécissements de l'urèthre.

J'ai déjà dit que la plupart des opérés de M. Perrin avaient offert des accidents plus ou moins prononcés, tels que des accès de fièvre et des hémorrhagies, je ne reviendrai pas sur ce sujet et j'aborde les résultats.

M. Perrin a pratiqué treize opérations sur douze malades; de ces douze malades, neuf seulement ont été revus; sur neuf malades revus, deux sont annoncés comme atteints de récidive, mais il faut joindre à ces deux récidives une troisième relative au malade qu'on a été dans la nécessité d'opérer une seconde fois. Voyons les sept autres.

Le n° 1, opéré en 1862, fut repris un an après des mêmes accidents; un traitement par la dilatation, dit M. Perrin, y apporta remède et le résultat s'est maintenu depuis. N'est-il pas rationnel d'élever un doute sur la guérison définitive de ce malade; il faut au moins reconnaître que chez lui la dilatation consécutive à l'uréthrotomie eut

été utile, puisque c'est à elle qu'on a dû la cessation des accidents survenus un an après l'opération.

Passons au n° 2, c'est le malade qui a été opéré une seconde fois pour une récidive survenue cinq mois après la première opération. Comme résultat, voici ce que dit M. Perrin : « Le malade m'apprend qu'il urine librement comme à l'époque de sa sortie de l'hôpital. » Le malade a-t-il été sondé ? car sans exploration nous ne pouvons rien conclure du résultat obtenu.

Le troisième opéré n'a pas été revu.

Le malade du n° 4, six mois après son opération, avait déjà perdu quelque chose, puisque son canal était tombé de 6 millimètres à 4 millimètres. L'individu a succombé depuis, mais on est autorisé à se demander si la récidive ne fut pas survenue après un temps variable.

Le cinquième paraît guéri ; les accidents ne se sont pas reproduits, cependant le canal exploré n'a que 4 millimètres ; remarquons que chez cet invididu le jet est gros quoique l'urèthre n'ait point recouvré ses dimensions physiologiques.

Le sixième a eu une récidive.

Le septième malade p sse bien, ainsi que l'indique le médecin de la localité, mais il n'est pas dit dans l'observation que la guérison ait été constatée par un cathétérisme explorateur.

Le huitième n'a pas été revu.

Le neuvième conservait les résultats obtenus quatorze mois après l'opération quoiqu'il fût entré dans le service de M. Arnould, où il subit la dilatation.

On n'a pas de renseignements sur le dixième opéré.

Quant au onzième malade, M. Perrin affirme qu'il est encore guéri, mais il déclare néanmoins qu'il n'a pas pratiqué le cathétérisme exploratif.

Pas de nouvelles du douzième opéré.

Je désire, Messieurs, être aussi réservé dans mes appréciations que l'a été M. Perrin, mais il ne m'est pas possible de conclure comme notre collègue l'a fait. La plupart de ces opérés étaient dans des conditions fâcheuses ; l'opération a été pour eux d'une utilité incontestable ; la dilatation avait été insuffisante, et, sans l'uréthrotomie, plusieurs de ces individus eussent peut-être succombé. Par conséquent les observations de M. Perrin démontrent une fois de plus que l'uréthrotomie étend les ressources de l'intervention chirurgicale, puisqu'elle guérit des malades que la dilatation eût abandonnés ; mais les résultats définitifs ne sont pas assez séduisants pour substituer dans tous les cas l'uréthrotomie à la dilatation. Ces résultats démontrent même qu'il eût été utile de reprendre la dilatation, non pas dans

les jours qui suivirent l'uréthrotomie, mais bien quelques semaines après. En persistant dans l'usage des bougies métalliques, on eût peut-être obtenu des cures radicales, mais alors il faudrait considérer, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, que l'uréthrotomie n'est qu'un adjuvant de la dilatation.

Quant à l'objection tirée de la difficulté de suivre longtemps les malades et de les astreindre à la dilatation régulière, elle n'est pas fondée; mille circonstances font que les malades négligent les soins qu'on leur prescrit, mais ce n'est point une raison pour abandonner des moyens qui ont fait leurs preuves toutes les fois qu'ils ont pu être régulièrement appliqués.

M. Perrin a beaucoup insisté sur les résultats anatomiques de la section de l'urèthre, il nous a rappelé la doctrine de Reybard, nous a cité deux autopsies et nous a montré l'urèthre de son quatrième opéré.

J'avoue que les raisons invoquées pour expliquer l'élargissement du canal n'entraînent pas plus ma conviction que ne l'a fait l'examen des pièces. Il y a dans le rétrécissement de l'urèthre autre chose que le tissu accidentel, il y a l'élément spasmodique. Je suis, par exemple, frappé d'une chose : le malade de M. Perrin avait un canal qui n'admettait qu'un dilatateur de 4 millimètres, l'urèthre n'avait donc pas, dans le point rétréci, ses dimensions normales, et cependant sur la pièce anatomique le canal avait en tous les points le même diamètre. Ceci prouve que l'incision avait permis l'écartement des lèvres de la plaie, mais que l'opération n'avait pas remédié à l'élément spasmodique. Une incision plus profonde n'eût pas mieux fait, mais la dilatation prolongée aurait probablement rendu au canal sa souplesse et son calibre normal. Je n'insisterai pas davantage, je crains d'abuser des moments de la Société.

J'ai discuté longuement la communication de M. Perrin, j'ai repoussé victorieusement, je le crois, les critiques adressées à ma manière de traiter les rétrécissements ; il ne me reste plus qu'à formuler quelques propositions générales.

1° L'uréthrotomie ne doit pas être repoussée d'une manière systématique, puisque cette opération permet de guérir certains rétrécissements, en présence desquels la dilatation serait aussi impuissante que dangereuse.

2° L'uréthrotomie, étant absolument plus grave comme opération, ne doit pas être substituée à la dilatation comme méthode générale de traitement.

3° L'uréthrotomie ne procurant peut-être jamais de cure radicale, il est sage de maintenir les résultats obtenus en employant la dilatation consécutivement à la section de l'obstacle.

4° L'uréthrotomie n'étant indiquée que lorsque la dilatation est demeurée insuffisante, la section de l'urèthre doit être considérée comme une opération exceptionnelle venant en aide à la dilatation sans laquelle l'indication ne saurait être justifiée, pas plus que les résultats ne pourraient être maintenus.

5° L'uréthrotomie pratiquée d'avant en arrière peut constituer une opération d'urgence parfaitement apte à remédier à la rétention d'urine consécutive à un rétrécissement de l'urèthre.

Cette dernière proposition me conduit, en terminant, à vous exposer sommairement huit nouvelles observations d'uréthrotomie.

Premier fait. — Un homme de cinquante-six ans souffre en urinant depuis plusieurs années. Toute la portion spongieuse de l'urèthre est rétrécie dans son calibre; en même temps le canal a subi une sorte de rétraction en masse d'avant en arrière. Une bougie de deux millimètres est fortement serrée. On commence la dilatation, mais il est impossible d'aller au delà de quatre millimètres. Les accidents continuant, je pratique l'uréthrotomie dans toute l'étendue de la portion spongieuse, y compris le méat. (Section d'arrière en avant.) Immédiatement on peut placer une sonde de sept millimètres. Les suites furent simples, mais en poursuivant la dilatation avec les bougies d'étain, j'ai constaté l'existence d'un petit calcul qui a pu être détruit en deux séances de lithotritie.

L'opération remonte maintenant à deux ans, le malade ne souffre nullement, et l'urèthre a conservé sa perméabilité, grâce au cathétérisme pratiqué à des époques régulières.

Deuxième fait. — Homme de quarante-quatre ans, rétrécissement dur et ancien de la région du bulbe avec des accès de fièvre irréguliers. La dilatation est successivement portée de un à quatre millimètres et demi. De nouveaux accès de fièvre ne permettant pas d'aller au delà, je pratique l'uréthrotomie d'arrière en avant, et le malade quitte Paris après six semaines de traitement. Guérison.

Troisième fait. — Homme de vingt-deux ans, très-nerveux; rétrécissement récent occasionnant des douleurs extrêmement vives. La dilatation exaspère la sensibilité du canal, et provoque des accès fébriles. Uréthrotomie d'arrière en avant. Guérison.

Quatrième fait. — Homme de soixante-quatre ans opéré à l'Hôtel-Dieu en 1864. Rétrécissement ancien situé au niveau du bulbe; besoins fréquents d'uriner. Pseudo-rétention. Le cathétérisme provoque la fièvre avec des accès convulsifs. La dilatation abandonnée à quatre millimètres, je pratique l'uréthrotomie d'arrière en avant, ce qui permet de placer immédiatement une sonde de sept millimètres. Guérison après un accès de fièvre.

Viennent maintenant les faits dans lesquels la rétention d'urine a été combattue par l'uréthrotomie d'avant en arrière. J'ai pratiqué anciennement cette opération avec succès chez trois malades. L'observation de l'un d'eux se trouve dans le *Bulletin thérapeutique*. Je présente ici le résumé de quatre nouvelles opérations.

Cinquième fait. — Jeune homme de vingt-sept ans ; rétrécissement ancien, rétention complète après une nuit passée dans les excès. Les moyens ordinaires ayant échoué, je pratique l'uréthrotomie trente-quatre heures après le commencement des accidents. (Instrument de M. Charrière.) Immédiatement après, une grosse sonde est placée dans l'urèthre. Le malade eut un accès de fièvre, mais fut tellement soulagé, qu'il refusa de se soumettre à tout traitement consécutif. Je l'ai perdu de vue.

Sixième fait. — J'ai vu, il y a deux ans, avec M. Leroy d'Étiolles un jeune homme de vingt-deux ou vingt-trois ans porteur d'un rétrécissement ancien et qui fut pris de rétention d'urine à la suite d'un long voyage ; diverses tentatives restèrent sans succès. M. Leroy avait pensé à la ponction vésicale; j'ai pratiqué l'uréthrotomie d'avant en arrière, vingt-huit heures après le début de la rétention. Le soulagement fut immédiat. Le malade eut un accès de fièvre, malgré l'administration du sulfate de quinine; mais, à part cet accident, il a parfaitement guéri.

Septième fait. — Homme de quarante-quatre ans, soigné par le docteur Chalvet. Rétrécissement très-ancien; altération profonde de la santé. Rétention incomplète depuis une semaine ; tentatives infructueuses de cathétérisme. Frissons, infiltration urineuse de l'hypogastre et de la cuisse gauche ; uréthrotomie d'avant en arrière; sonde à demeure de sept millim tres laissée pendant trois semaines. Incisions multiples contre la gangrène urineuse; guérison complète avec retour à une santé parfaite.

Huitième fait. — Homme de quarante ans; rétrécissement ancien au niveau du bulbe. Rétention méconnue, infiltration dans le scrotum. Uréthrotomie d'avant en arrière, sonde à demeure. Guérison sans gangrène des bourses. Rétablissement du canal grâce à la dilatation consécutive.

ÉLECTIONS.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. Sur 25 votants :

M. Labbé obtient 17 voix,
M. Després, 4 voix,
M. Tillaux, 4 voix.

En conséquence, M. Labbé est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

Après cette élection, un scrutin est ouvert pour la nomination d'une Commission de trois membres, chargée de présenter une liste de candidats pour une nouvelle place de membre titulaire. Sont nommés membres de cette Commission : MM. Guyon, Guersant et Guérin (Alphonse).

PRÉSENTATION DE MALADE.

Anévrysme poplité guéri par la compression digitale.

M. DEMARQUAY présente un malade guéri par ce procédé. Il rend compte de ce fait en communiquant la note suivante rédigée par M. Barlemont, externe du service.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est couché au n° 3 (chambre 17, 2e étage).

Eugène X..., quarante-trois ans, cocher dans une maison bourgeoise, est entré le 8 mai à la Maison municipale de santé.

Il paraît au premier aspect jouir d'une santé satisfaisante.

Il nous apprend qu'il porte dans le creux poplité gauche une grosseur qui, suivant lui, remonte à quinze jours; ses souvenirs ne lui rappellent rien au delà de cette époque, ni comme tumeur à ce niveau, ni comme traumatisme. Cependant il se souvient qu'une nuit (quinze jours avant l'apparition de la tumeur), il fut éveillé par une crampe dans la jambe gauche, crampe accompagnée d'un sentiment de rétraction du membre.

Cette tumeur est accompagnée d'une sensation de pesanteur et d'engourdissement de la jambe; elle empêche en même temps l'extension complète du membre qui est à demi fléchi.

A l'inspection, on constate dans le creux poplité la présence d'une tumeur volumineuse qui occupe toute la région.

Cette tumeur, molle, dépressible, présente des battements artériels avec sensation d'expansion à la suite de chaque battement.

M. Demarquay n'hésite pas à porter le diagnostic :

Anévrysme spontané, de date récente, car la poche anévrysmale est souple et réductible.

La compression de la fémorale sur le pubis enlève tous les doutes, car la tumeur s'affaisse alors d'elle-même.

Le membre gauche est œdématié et nous paraît être plus volumineux que l'autre; en effet, nous procédons à la mensuration du membre et de la tumeur et nous trouvons :

Pour le membre malade, circonférence au-dessous du genou, 36 centimètres.

Pour le membre sain, 32 centimètres.

La tumeur est longue de 11 centimètres et large de 10 centimètres.

Le thermomètre, appliqué sur la tumeur et dans le creux poplité du côté sain, donne 35° pour le côté malade, et 32° pour le côté sain.

La douleur est faible et supportable; c'est plutôt, comme dit le malade, une sensation de pesanteur et d'engourdissement. Mais, si l'on vient à toucher même légèrement le membre, le malade accuse de la douleur. (Hyperesthésie cutanée.)

M. Demarquay décide d'appliquer la compression digitale au traitement de l'anévrysme.

Le samedi 13 mai, à dix heures du matin, M. Demarquay débute par une compression de dix minutes sur la fémorale au niveau du pubis.

Dix aides de bonne volonté restent auprès du malade et se relèvent de dix en dix minutes.

Le premier phénomène que nous constatons est la diminution de la tumeur, puis le refroidissement du membre.

Interrogé à chaque instant par nous, le malade nous dit ne pas souffrir, si ce n'est d'un engourdissement incessant au niveau de la face supérieure et du bord interne du pied.

Une légère douleur se manifeste au niveau du point comprimé, mais elle est passagère et ne se fait sentir qu'au moment des mutations de main.

Au bout de quelques heures, la tumeur offre une certaine dureté, due au dépôt de caillots fibrineux, les battements sont diminués et disparaissent à la septième heure.

La tumeur offre alors une dureté plus considérable et son volume est de beaucoup diminué.

La compression fut continuée pendant sept autres heures, et c'est à minuit que le malade fut abandonné. On lui appliqua préalablement un bandage roulé tout le long de la jambe et de la cuisse.

Le 16 mai, la tumeur mesurée de nouveau présente les dimensions suivantes :

Longueur verticale.	5 centimètres.
Largeur horizontale.	4 —

La tumeur non-seulement n'offre plus de battements, mais les pulsations artérielles dans la fémorale cessent d'être perçues au niveau de l'angle inférieur du triangle de Scarpa. Un cordon dur, et suivant le trajet de l'artère, nous annonce l'oblitération du vaisseau, depuis l'angle inférieur du triangle jusqu'à la poche anévrysmale.

La température du membre est devenue normale, et le membre qui

avait gonflé pendant le temps de l'opération nous paraît avoir diminué un peu.

Un bandage roulé est de nouveau appliqué sur tout le membre.

Le 20 mai, le membre offre encore un volume un peu supérieur au membre sain, mais de légers mouvements sont accomplis par le malade sans qu'il témoigne aucune douleur.

Quant à l'état général, il laisse un peu à désirer, et l'on est en droit d'établir une certaine relation entre les phénomènes survenus après la compression et l'interruption partielle de la circulation, due à l'oblitération de la fémorale.

En effet, le 15 mai, le malade fut pris d'une broncho-pneumonie avec crachats abondants striés de sang.

Cette congestion du côté de l'organe préposé à l'hématose peut être attribuée à deux causes :

1° Le refroidissement qu'aurait pu éprouver le malade pendant l'opération;

2° L'arrêt partiel déterminé dans la circulation par cette même opération.

A la première hypothèse, je répondrais que le malade ne se rappelle pas avoir eu froid un seul instant; que le 13 mai la température est restée très-élevée tout le jour.

Quant à la seconde hypothèse, elle nous paraît tout au moins vraisemblable, surtout si nous rapprochons le cas qui nous occupe de celui de Dalmeïda, publié dans *l'Union médicale,* 1861, page 430, tome X.

Chez le malade de Dalmeïda il s'agit aussi d'un anévrysme poplité, traité par les deux modes de compression : le huitième jour le malade mourut à la suite d'une hémorrhagie par rupture de l'aorte.

Les commémoratifs pourraient peut-être plaider en faveur de la première hypothèse.

Eugène X... nous dit avoir eu antérieurement plusieurs bronchites; il a vu quelquefois ses crachats striés d'un peu de sang.

Mais jamais, nous dit-il, ces crachats ensanglantés n'ont été aussi nombreux qu'en ce moment.

A ces différentes époques il y avait très-peu de sang expectoré; aujourd'hui nous avons une véritable hémoptysie.

Sans nous y arrêter plus longtemps, nous laisserons le champ libre aux suppositions, ne voulant ici qu'émettre notre appréciation personnelle.

Aujourd'hui 9 juin, après un traitement énergique, la broncho-pneumonie a disparu presque complétement.

L'anévrysme nous parait être dans un état complet de guérison; le

gonflement du membre a disparu et les mouvements sont devenus faciles et sans aucune douleur.

M. GUERSANT croit sentir des battements sur le côté interne de la tumeur; il se demande s'ils ont pour siége la tumeur elle-même ou une artère collatérale.

M. MARJOLIN sent également les battements signalés par M. Guersant.

M. TRÉLAT. Je pense que les battements sont superficiels. Ils appartiennent probablement à une artère collatérale, car il n'y a pas trace d'expansion à leur niveau.

M. BROCA. Je pense, comme M. Trélat, que les battements perçus au côté interne de la tumeur sont superficiels et ont pour siége la grande anastomotique.

M. Demarquay a dit que l'artère principale était oblitérée jusqu'au niveau de l'anneau du troisième adducteur, parce qu'on ne sentait pas de battement dans cette portion du vaisseau. Or, il ne faudrait pas être aussi affirmatif sur ce point, car l'absence de battements dans une artère ne prouve pas que cette artère soit oblitérée. En effet, un très-petit filet de sang peut parcourir le vaisseau sans produire de battement.

Dans ces cas douteux, le thermomètre doit être employé comme moyen de diagnostic. Si l'élévation de température persiste sur le trajet du vaisseau, on pourra être certain que le courant sanguin le traverse encore.

M. DEMARQUAY. J'ai donné l'oblitération comme probable à cause de la sensation de cylindre plein et dur que donne le vaisseau dans toute la partie de son étendue, que je suppose imperméable.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

SÉANCE DU 28 JUIN 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin médical du nord de la France ;*
Le *Journal de médecine de Bordeaux.*

— Notre collègue M. le professeur Rizzoli, membre correspondant à Bologne, adresse à la Société un Mémoire intitulé : *Nouveaux faits en faveur de la méthode de compression pour la cure des anévrysmes externes et des lois de son application.*

— M. Guersant fait hommage à la Société des 3e et 4e fascicules de ses *Notices sur la chirurgie des enfants.*

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Amédée Paris, un *Mémoire sur la trépanation céphalique pratiquée par les médecins indigènes de l'Aoureff.*

RAPPORTS.

M. DOLBEAU fait, sur les obturateurs de M. Preterre pour les divisions du palais, un court rapport qu'il termine en proposant d'adresser à M. Preterre des remercîments pour son intéressante communication.

M. LARREY fait observer qu'outre les malades qui ont été montrés à la Société, M. Preterre lui a fait voir une autre personne chez laquelle son obturateur rendait de grands services.

— **M. VERNEUIL** lit un rapport sur deux communications adressées à la Société par M. Paul Dauvé, médecin-major à l'hôpital de Boghar (Algérie) :

Amputation sous-astragalienne sur un Arabe atteint de congélation du pied gauche.

Le 2 décembre 1864, le nommé M'Ahmed ben Daatman, du 1er régiment de tirailleurs, entre à l'hôpital de Boghar atteint de congélation des deux pieds. Ce jeune indigène est très-affaibli par un séjour de deux années en Cochinchine et par les dernières fatigues de l'expédition du Sud.

Les gelures datent de quinze jours. Les orteils du pied droit sont tuméfiés et offrent une coloration brune très-foncée ; la gangrène a déjà tracé son sillon sur le pied gauche au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne.

Le 10 décembre, M. le docteur Goinard, médecin en chef de l'hôpital, se dispose à faire l'amputation sous-astragalienne, quand, au dernier moment, le malade refuse toute opération sanglante, et préfère attendre des seules forces de la nature la réparation des parties mortifiées.

Le 28 du même mois, je prends le service comme médecin en chef

de l'hôpital, et cette fois, sur la demande du malade, je réunis les médecins de la garnison pour discuter l'opération à faire et le mode opératoire à choisir.

A la face dorsale du pied, le sillon de séparation formé par la gangrène correspond aux articulations tarso-métatarsiennes. Le sillon est formé de bourgeons charnus saignants et mollasses, et la peau n'est saine qu'à 2 ou 3 millimètres plus haut. A la face plantaire, la gangrène remonte plus en arrière. Le sillon représente une courbe à convexité supérieure, dont l'extrémité interne correspond à l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme, le sommet à la partie postérieure de l'articulation du cuboïde avec le calcanéum, et l'extrémité externe à l'apophyse du cinquième métatarsien.

En arrière, les parties molles sont saines : il n'y a ni engorgement ni douleur à la pression; tout fait croire que la lésion s'arrête aux os de la deuxième rangée du tarse.

Toutes les premières articulations des orteils du pied droit semblent mortifiées; mais les sillons de séparation ne sont pas encore nettement tracés, et, comme le malade en souffre peu, il me supplie de ne pas toucher à ce pied.

Notre indigène maigrit sensiblement, il ne dort plus et demande avec instance à être débarrassé du pied gauche.

La lésion remonte trop en arrière pour permettre l'opération de Lisfranc; il ne reste plus à choisir qu'entre l'amputation de Chopart et la sous-astragalienne. La désarticulation médio-tarsienne n'est classiquement possible que par la méthode ordinaire à grand lambeau plantaire, et, par la méthode de M. Sédillot, à lambeau interne; ici ces deux espèces de lambeaux nous manquent, et il faudrait compter pour la guérison sur une cicatrice de toutes pièces formée par les bourgeons charnus nés des surfaces articulaires. La longue durée d'un semblable travail cicatriciel, la possibilité du renversement du moignon en arrière, et dans ce cas la présence du tissu de cicatrice dans la base de sustentation, nous font rejeter cette opération, et nous nous arrêtons à la sous-astragalienne.

Les livres classiques ne citent guère que les procédés à deux lambeaux latéraux de Lignerolles, à lambeau dorsal de Lisfranc, et enfin à lambeau interne de M. Malgaigne. Cependant, depuis 1852 M. Verneuil a indiqué un autre procédé dans ses leçons de l'École pratique (1), et M. Nélaton (2) s'est servi plusieurs fois de ce procédé en le modifiant légèrement. MM. Dolbeau et Richard l'ont aussi employé

(1) Bourdette, thèse de Paris, 1852.

(2) *Gazette des Hôpitaux,* 1852, p. 237.

avec succès. Cette méthode à lambeau interne et talonnier diffère peu de celle imaginée par M. J. Roux (de Toulon) pour l'amputation tibio-tarsienne (1) ; mais M. Verneuil a eu l'honneur de l'appliquer à la sous-astragalienne ; il a de plus indiqué la section du ligament interosseux par le côté externe de l'articulation. Dans ce procédé, l'incision plantaire est légèrement oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors; elle est transversale dans celui de M. Nélaton. Le chirurgien de la Clinique recommande de faire en avant de la malléole interne un petit angle ouvert en avant pour éviter le froncement de la peau dans l'angle de réunion. Tous ces procédés et ces diverses modifications sont rapportés avec détail et discutés longuement dans l'excellente thèse de M. Vaquez (2).

Dans le procédé de M. Malgaigne, on coupe d'un seul coup toutes les parties molles situées en arrière de l'articulation tibio-tarsienne. L'opération y gagne en rapidité, mais l'attache du lambeau est trop étroite, et ce lambeau manque parfois d'amplitude; dans la méthode ovalaire de M. Verneuil, toute la peau du talon est conservée et l'attache du lambeau mesure à peu près 12 centimètres. Dans cette méthode, le temps difficile est la section du tendon d'Achille. Cette section se fait par différents procédés. M. Verneuil, coupe avec la pointe du couteau le tendon au niveau du bord supérieur du calcanéum ; M. le professeur Nélaton ne coupe que les attaches calcanéennes, et ménage la toile fibreuse que M. J. Roux a décrite à la partie postérieure de ce tendon (3). On se sert encore de ciseaux pour cette section, et M. Legouest a enfin proposé la ténotomie préalable par la méthode sous-cutanée (4). Toutes ces modifications peuvent se diviser en deux groupes : celles qui conservent les attaches fibreuses du tendon d'Achille à la peau du talon, et celles qui ne conservent que la peau de cette région. Pour les dernières, les ciseaux, le couteau, la ténotomie ne sont qu'une affaire de commodité individuelle; pour les premières, la dissection en rasant l'os est indispensable, et c'est là un temps extrêmement difficile, qui double la durée de l'opération, et dont la difficulté ne me semble pas assez compensée par les avantages qu'on en tire.

M. Roux décrit une toile fibreuse qui vient du faisceau postérieur du tendon d'Achille. Je n'ai bien vu ni ce faisceau ni cette toile; mais j'ai remarqué que toutes les fibres tendineuses ne s'attachaient

(1) J. Roux, broch., 1848.

(2) A. Vaquez, *Mémoire sur l'amputation de Malgaigne;* Paris, 1859.

(3) J. Roux, ouvr. cité, p. 15.

(4) *Mémoires de médecine militaire*, t. XVII, p. 342.

pas sur le calcanéum, et que les postérieures, au niveau seulement de l'insertion osseuse, s'enfonçaient dans le tissu graisseux de la partie inférieure du talon pour se rendre au derme voisin. Ces fibres retiennent le tendon à la peau du talon, quand les attaches calcanéennes sont rompues. C'est là un moyen de soutien pour le lambeau après l'opération sous-astragalienne; mais n'est-ce pas aussi un moyen de rétraction et de renversement du lambeau en arrière? car, par son propre poids et surtout à cause de la position ordinaire du moignon, ce lambeau tend naturellement à glisser en arrière et un peu en dehors, et à découvrir ou à faire basculer en bas la tête de l'astragale. Quand l'opération est faite suivant les règles prescrites, quand la cicatrice se trouve à la partie la plus élevée de la région antéro-externe, il est sans doute hors de crainte que le renversement en arrière soit assez considérable pour que la cicatrice fasse partie de la base de sustentation; mais quand un procédé de nécessité doit être employé et que cette cicatrice doit occuper la partie inférieure de la région antéro-externe du moignon, je crois dangereux de conserver les attaches du tendon d'Achille à la peau du talon. Telles sont les raisons qui dans l'opération que je vais décrire m'ont empêché de conserver l'insertion cutanée du tendon d'Achille.

L'opération est faite le 4 janvier à midi.

M. Verrier, pharmacien en chef de l'hôpital, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, est chargé de l'administration du chloroforme; M. le docteur Porte, aide-major à l'hôpital, comprime la fémorale au pli de l'aine et surveille l'application du compresseur; enfin, M. Delahousse, médecin aide-major au 34e de ligne, doit relever le lambeau, me donner les instruments et faire les ligatures. Cinq minutes suffisent pour obtenir le sommeil le plus profond.

La main droite armée d'un petit couteau à lame forte et étroite, et la pointe enfoncée sur le côté externe de l'insertion du tendon d'Achille, je pratique à partir de ce point une incision légèrement convexe en bas et en avant, qui passe à 2 centimètres au-dessous de la malléole péronière, sur la tubérosité antérieure du calcanéum, à 2 centimètres en arrière de l'apophyse du cinquième métatarsien; arrivée sur le dos du pied, l'incision devient plus convexe en bas et suit une ligne qui couperait en deux parties égales le cuboïde et les trois cunéiformes; c'est, du reste, à peu près toute la peau saine du pied à la région antérieure.

L'incision convexe s'arrête sur la partie moyenne du premier cunéiforme. La jambe est alors portée dans la rotation en dehors et le pied suffisamment élevé pour rendre accessible la face plantaire. Un petit angle ouvert en avant est fait au point où s'arrête la première inci-

sion. Le couteau coupe ensuite verticalement les téguments du bord interne du pied, et fait la section des parties molles de la plante en suivant une ligne qui, de la partie moyenne du premier cunéiforme, irait aboutir à la tubérosité externe du calcanéum (la partie médiane de cette ligne plantaire passe au milieu du sillon gangréneux). L'incision plantaire rejoint en arrière le point de départ de l'incision dorsale.

Je fais alors rétracter en dedans la peau qui recouvre le tendon d'Achille, et j'introduis en arrière du tendon le bistouri courbe de Cooper, et je le détache d'un seul coup de ses insertions à l'os et à la peau.

Prenant alors un fort bistouri, je dissèque le lambeau en commençant par la partie externe et inférieure; je dissèque le côté externe de la grosse tubérosité du calcanéum, toute la partie inférieure de cet os jusqu'au niveau de la gouttière calcanéo-astragalienne et le plus loin possible en arrière. Je fais ensuite rétracter la peau de la face dorsale du pied jusqu'au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne que j'ouvre par une incision convexe en bas. Tous les tendons musculaires ont été coupés par le premier coup de couteau. Reporté à la face externe, le bistouri coupe le ligament latéral externe tout à fait au-dessous de la pointe malléolaire, pénètre dans la fosse qui sépare le calcanéum de l'astragale, puis, la pointe dirigée de dehors en dedans, et la lame poussée presque transversalement d'avant en arrière, divise tout le ligament interosseux. Le pied est alors luxé et l'articulation largement ouverte. Je dissèque, en rasant les os, toutes les parties molles qui recouvrent la petite facette articulaire astragalo-calcanéenne, la gouttière du même nom et la partie postérieure de la grosse tubérosité du calcanénm.

J'obtiens ainsi un large lambeau arrondi tenant au membre par une surface de onze centimètres. Je coupe, d'un coup de ciseaux, les tendons musculaires qui dépassent un peu la surface de la plaie. La double compression a été si bien faite que le malade a perdu à peine quelques gouttes de sang. Je lie trois artères : la pédieuse et les deux plantaires. Les vaisseaux n'ont été coupés qu'au niveau de la peau. La partie antérieure du lambeau présente une encoche qui n'est remplie que par une surface bourgeonnante; à cette encoche correspond la convexité du lambeau supérieur que j'ai fait un peu plus long que d'habitude. J'affronte les bords de la plaie par quatre points de suture, en ayant soin de laisser une large ouverture en arrière. Je remarque alors que tout le lambeau s'applique bien sur la face inférieure de l'astragale, mais qu'il existe à la partie postérieure une grande cavité dont les bords doivent être longs à se réunir. Pour éviter la

stagnation du pus dans cette cavité, et pour remédier en même temps à un froncement de l'angle postérieur de la plaie, je fais à la peau mince qui recouvre le tendon d'Achille, une petite incision d'un centimètre oblique en bas et en arrière. Je soutiens le lambeau par quatre bandelettes de diachylum assujotties par une cinquième circulaire. Un petit linge cératé recouvre les parties saignantes. Un plumasseau de charpie imbibé d'alcool camphré, une feuille de ouate et un triangle de Mayor, complétent le pansement.

Un peu de fièvre traumatique se déclare le soir même ; le malade a des frissons, il ne dort pas. Le lendemain, il vomit ses aliments, et la fièvre revient vers les cinq heures du soir. Un purgatif et quelques doses de sulfate de quinine ont bientôt raison de la fièvre, et le 8 janvier, quatre jours après l'opération, tout est rentré dans l'ordre ; notre opéré dort et mange la demie.

Le lendemain de l'opération, je lève le pansement pour débarrasser le moignon des caillots qui l'enveloppent. Les pansements à l'alcool camphré sont changés tous les deux jours. Le 8, les ligatures tombent d'elles-mêmes; la suppuration est peu abondante et le pus de bonne nature.

Le 20 janvier, la cicatrisation est presque complèto, le moignon tient bien, et il ne s'écoule plus que quelques gouttes de pus par l'angle postérieur de la cicatrice. La cavité dont j'ai parlé plus haut n'est pas complétement remplie, et le pus qui s'en écoule est parfois mélangé de sérosité transparente.

Les orteils du pied droit tardent à se détacher, et, le 26 janvier, je suis assez heureux pour persuader au malade, déjà fatigué d'un long séjour à l'hôpital, que la nature tardera longtemps encore à séparer les parties sphacelées; je le décide à se laisser opérer.

J'ampute la deuxième phalange du gros orteil, et les troisièmes et deuxièmes phalanges des trois orteils suivants. Pour recouvrir plus facilement les têtes phalangiennes, j'emploie la méthode ovalaire ou plutôt en raquette, méthode qui me permet de conserver toute la peau saine et de n'enlever que l'os nécrosé à l'extrémité duquel restent attachées les parties molles sphacelées. Dans ce cas, cette méthode par énucléation est rapide et facile.

Sans cette nouvelle opération, dont la guérison doit se faire attendre quelque temps encore, notre malade aurait pu se lever un mois après l'amputation.

Le 15 février, il s'écoule encore chaque jour une ou deux gouttes de pus ou plutôt de liquide séreux par l'angle postérieur de la cicatrice. Le liquide sort par la pression des parties superficielles; il ne vient pas des os, et je pense qu'il est fourni par la persistance d'une

portion de la membrane qui tapisse la bourse séreuse située à l'état sain sous le tendon d'Achille.

Aujourd'hui, 22 février, la suppuration a cessé, et la cicatrisation du pied droit étant presque complète, notre indigène s'est levé, et a pu, avec le secours de deux béquilles, s'appuyer sur son moignon sans la moindre douleur. Le malade n'attend plus pour marcher que la cicatrisation complète des orteils du pied droit et la confection d'une bottine qui corrige le raccourcissement du membre.

Dans cette opération, je n'ai pas cru devoir resequer le nerf tibial postérieur, comme le recommande M. Verneuil dans les amputations sous-malléolaires. Dans ce cas, il eût fallu couper le nerf au niveau de la malléole interne, car dans tout autre endroit le renflement olivaire se serait trouvé au milieu de la surface de sustentation. Je préfère que ce renflement, s'il se produit, se développe au niveau de la cicatrice, en un point où la pression est nulle ou très-faible. J'ai commencé par l'incision dorsale, mais je me suis aperçu qu'il valait mieux pour le pied gauche commencer par l'incision plantaire, et faire le contraire pour le pied droit.

Notre indigène est d'une constitution sèche; aujourd'hui, sa maigreur est extrême, et la saillie du mollet a presque entièrement disparu. La partie inférieure de la jambe offre 18 centimètres de tour, la grande circonférence horizontale du moignon mesure 28 centimètres. La ligne postéro-antérieure de la surface de sustentation a huit centimètres de longueur; elle est presque perpendiculaire à l'axe de la jambe; son obliquité d'arrière en avant et de haut en bas ne dépasse pas cinq millimètres. Au lieu d'être horizontale et parallèle au plan de sustentation, comme dans le procédé de M. Nélaton, la cicatrice exagère un peu la forme sinueuse donnée par le procédé de M. Verneuil. Cette forme en S italique est due au petit lambeau dorsal qui s'est moulé sur l'excavation du sillon plantaire.

Le raccourcissement du membre opéré est de 1 centimètre. L'épaisseur du lambeau est considérable à la plante du pied; on ne sent la saillie de l'astragale qu'en avant, et les mouvements de flexion et d'extension de cet os sont très-bornés.

Les dessins et le moule en plâtre du moignon compléteront, je l'espère, les parties obscures de cette description.

En attendant que l'administration militaire veuille bien accorder à notre opéré une bottine Charrière, un ouvrier du fort lui confectionne une botte semblable à celle que portait le forçat amputé du pied par M. J. Roux. Après l'usage prolongé de ce moyen de prothèse, je me ferai un devoir de compléter cette observation, en décrivant les modifications du moignon, et en annonçant le résultat obtenu.

Je ne terminerai pas ce travail sans remercier M. Delahousse de l'intelligente habileté qu'il a mise à me présenter le pie l et à relever le lambeau. Grâce au procédé de M. Verneuil, aux modifications exigées par la nature de la lésion, et surtout à l'intelligence de mes aides, la désarticulation n'a pas demandé plus d'une minute.

État de l'amputé trois mois après l'opération.

Aujourd'hui, 7 avril, notre amputé sort de l'hôpital pour aller réclamer à Blidah la pension de retraite à laquelle lui donne droit ses services et son infirmité.

Opéré depuis 93 jours, il marche depuis 44; je ne l'ai laissé sortir qu'après avoir pris un second moule de la cicatrice au moment du départ. Cette pièce ne diffère pas sensiblement de la première. La grande circonférence du moignon ne mesure que 27 centimètres au lieu de 28; la partie sus-malléolaire a aussi diminué d'un centimètre; mais si le moignon a légèrement maigri, le mollet a sensiblement grossi, grâce à l'embonpoint renaissant du malade.

La cicatrice est située dans le même plan; elle est moins large et plus solide. Les saillies osseuses de l'astragale sont à peine sensibles, et les inégalités de la face inférieure ne sont pas plus appréciables aujourd'hui qu'un mois après l'opération. Il ne faut donc pas craindre, comme M. Sédillot paraissait le faire en 1853 (1) que ces inégalités fatiguent les parties molles sous-jacentes, et s'opposent aux pressions répétées qu'exige la marche.

La face plantaire du lambeau est toujours aussi épaisse et aussi régulière. Quand on prend le moignon à pleine main, et qu'on essaye de communiquer des mouvements de flexion et d'extension à l'astragale, on trouve que ces mouvements sont possibles; mais ils sont loin d'être aussi étendus et de présenter une mobilité aussi grande que semblait le craindre M. A. Guérin dans sa *Chirurgie opératoire* (2).

La surface de sustentation présente une courbe presque plane dans les deux tiers antérieurs, et dont la concavité dirigée en haut est plus prononcée dans le tiers postérieur du moignon. La corde qui soustend cet arc n'a pas plus d'un centimètre d'obliquité au-dessus de l'horizontale. Cette obliquité a peu changé depuis que le malade marche. Si elle a légèrement augmenté en arrière, il faut en accuser le tassement du panicule graisseux plus épais en ce point. Il ne faut donc pas craindre de voir la cicatrice descendre sur un plan plus in-

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. IV, 1853.
(2) *Chirurgie opératoire*, p. 169, 2e éd. 1858.

férieur, ce qui n'aurait pas manqué d'arriver, si j'avais conservé les attaches fibreuses du tendon d'Achille à la peau du talon. J'aurais eu alors à redouter la tension de la peau en avant, et l'excoriation des téguments ou la déchirure de la cicatrice, accidents qui chez le malade de M. Leroy, présenté par M. le baron Larrey, étaient dus à l'ankylose de l'astragale dans l'extension (1).

J'ai fait faire à mon amputé par un ouvrier du fort une bottine. La semelle de cette chaussure a la forme d'un ovale à grosse extrémité postérieure. Elle a 3 centimètres d'élévation en arrière, 2 centimètres et demi en avant. (La semelle de la chaussure du pied droit n'a qu'un centimètre et demi d'épaisseur.) Le coussin intérieur est aussi un peu plus élevé en arrière qu'en avant; il remonte en avant au-dessus de la cicatrice. Un contre-fort très-épais enveloppe tout le moignon, et une tige forte de 13 centimètres de bauteur se lace autour de la jambe jusqu'à la naissance du mollet.

A l'aide de cette bottine, le malade marche sans claudication. La marche a été longtemps difficile et incertaine, à cause de la faiblesse extrême du sujet, et de l'état maladif des deux pieds; mais jamais elle n'a été douloureuse. Cette cbaussure remplit toutes les conditions d'une bonne protbèse; elle est fixe, ne tourne pas autour du moignon, et s'applique bien sur le sol par toute sa base.

Notre indigène est excessivement impressionnable à l'action du froid; l'hiver de cette année étant très-rigoureux à Boghar, je ne puis qu'avec peine l'arracher de son lit, et lui faire prendre un exercice indispensable.

Longtemps il s'est appuyé sur deux béquilles; mais aujourd'hui il marche assez facilement avec le secours d'un bâton, et n'éprouve pas la moindre douleur en appuyant le moignon sur le sol.

RAPPORT DE M. VERNEUIL.

M. le docteur Paul Dauvé, médecin-major, actuellement investi des fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital de Boghar, nous a dans un court espace de temps adressé deux observations intéressantes recueillies dans cet hôpital. Elles ont trait à des questions dont la Société s'est occupée à plusieurs reprises et avec une certaine prédilection; rien qu'à ce titre, elles montrent l'intérêt que M. Dauvé prend à nos travaux et le désir qu'il a d'enrichir nos bulletins.

La première observation relate avec détails l'histoire d'une am-

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie.*

putation sous-astragalienne pratiquée consécutivement pour une gangrène du pied par congélation sur un jeune Arabe épuisé par les fatigues de la guerre. Dans l'état où étaient les parties, les amputations de Lisfranc et de Chopart n'eussent donné que de mauvais résultats. Aussi M. Dauvé a-t-il eu raison d'adopter une opération encore nouvelle dans la pratique chirurgicale, mais qui a déjà fourni son contingent de succès. Ayant à choisir parmi les procédés déjà décrits, notre confrère a choisi celui qui porte mon nom, honneur trop grand sans doute, puisque ce procédé, quant à l'incision des parties molles, n'est autre que celui de M. J. Roux pour la désarticulation du pied et qu'il ne diffère pour la section des ligaments que par le sens dans lequel les liens interosseux sont attaqués par le couteau.

Quoi qu'il en soit du mince mérite qui me revient, M. Dauvé a donc opéré comme je l'eusse fait moi-même avec cette modification qui consiste à couper le tendon d'Achille avant de commencer la dissection du lambeau plantaire, et cela dans le double but de faciliter cette dissection et de détruire les expansions fibreuses que le tendon susdit envoie à la face profonde des téguments calcanéens.

Je ne suivrai pas l'auteur dans les détails de l'exécution. Je noterai cependant que cette désarticulation qui passait naguère pour si laborieuse fut achevée dans le court espace d'une minute. Si le choix du procédé est pour quelque chose dans cette promptitude, il est aussi certain que la plus grande part en revient à la dextérité de l'opérateur.

Le lambeau soutenu par quelques points de suture et quelques bandelettes recouvrait très-convenablement la surface osseuse. Pour éviter la stagnation du pus, une incision fut faite à la peau mince qui répond au tendon d'Achille ; précaution utile et qui devrait être généralement adoptée toutes les fois, qu'après une désarticulation, les lambeaux, après leur réunion, forment une sorte de poche ou de sac lâche et spacieux. Dans un cas de désarticulation de la cuisse, j'ai eu recours au même expédient et j'ai fait séance tenante une contre-ouverture à la peau mobile qui recouvre la tubérosité de l'ischion ; cette fenêtre donnait passage aux ligatures nombreuses que nécessite cette grande opération. Aussi fut-il possible de réunir exactement tout le demi-cercle formé par le bord libre du lambeau antérieur.

M. Dauvé ne jugea pas à propos de reséquer le nerf tibial postérieur qui rampait dans une certaine étendue à la face interne du lambeau calcanéen, ne suivant pas, dit-il, le conseil que j'ai donné ; je ne saurais en faire un reproche à notre confrère, car, lorsque j'ai proposé cette légère modification qui d'abord assez mal accueillie, semble être prise aujourd'hui en considération, je ne comptais la recommander

que dans les cas d'amputation à lambeaux latéraux, subissant par le fait de leur affrontement une *inflexion capable de placer le nerf entre un plan osseux et la surface de sustentation;* ce qui n'est point à craindre avec le lambeau calcanéen de M. J. Roux.

L'opération, pratiquée le 4 janvier, ne fut suivie d'aucun accident notable. Le 8, tous les phénomènes traumatiques avaient disparu ; le 20, la cicatrisation était presque complète. Au mois suivant, l'angle postérieur fournissait à peine quelques gouttes de sérosité ; le 22, tout était terminé, le malade put marcher avec des béquilles et s'appuyer sur son moignon sans ressentir la moindre douleur.

L'observation renferme la description du moignon qui est fort beau, très-solide et très-propre à la marche. Le raccourcissement du membre ne paraît pas dépasser un centimètre.

Non content de constater ce succès brillant, M. Dauvé, sachant bien que dans les amputations partielles du pied, tout n'est pas fini avec la cicatrisation de la plaie, nous a envoyé des nouvelles ultérieures datées du 7 avril ; trois mois s'étaient alors écoulés depuis l'opération, la santé générale était aussi satisfaisante que possible, et depuis plus de quarante jours l'opéré marchait.

L'astragale a conservé de la mobilité, mais dans une petite étendue ; on ne sent point à travers le lambeau épais et régulier les saillies de la face inférieure de l'os et l'on n'a pas à craindre avec M. Sédillot que ces inégalités ne blessent les parties molles dans la marche. Une bottine faite par un ouvrier du fort constitue un moyen de prothèse un peu grossier, mais suffisant, qui permet la marche sans douleur et avec l'aide d'une simple canne.

En résumé, c'est un fait remarquable qui plaide en faveur de l'amputation sous-astragalienne et démontre sa valeur clinique. Nous devons louer M. Dauvé d'avoir tenté l'entreprise et de l'avoir aussi heureusement menée à bien. Il est bon de faire remarquer toutefois qu'il s'agissait ici d'un cas qui se rapproche du traumatisme en cela que les os conservés n'étaient le siége d'aucune lésion organique ; c'est dans cette circonstance qu'on peut espérer le succès dans les amputations partielles du pied. Il est superflu de rappeler que dans les caries d'une ou de plusieurs des pièces du tarse, la chirurgie conservatrice donne plus rarement des résultats favorables et que le mieux bien souvent est de faire d'emblée un sacrifice plus radical.

Le second fait a trait à une coxalgie. Il a été recueilli au moment où la Société de chirurgie agitait cette question, et, comme M. Dauvé le dit au début de sa communication, la discussion lui a fourni de nombreux enseignements en ce qui touche la thérapeutique ; d'où l'on peut dire que les paroles prononcées dans cette enceinte allaient au

fur et à mesure s'appliquer fructueusement sur un pauvre infirme résidant sur un autre continent.

L'observation très-bien prise échappe à l'analyse. Je vais donc vous en donner connaissance; après quoi, sans vouloir ranimer un débat qui a suffisamment duré, j'examinerai seulement quelques-uns des points de ce cas intéressant.

Observation de coxalgie rhumatismale de cause traumatique chez un adulte.

Depuis bientôt quatre mois, la Société de chirurgie discute une des questions les plus intéressantes de la pathologie articulaire. Ayant reçu dans mon service un malheureux cavalier atteint depuis trois ans de coxalgie, j'ai puisé dans cette discussion de nombreux enseignements, surtout pour la partie relative au traitement, et l'observation suivante indique avec détail le résultat obtenu.

Le 11 janvier dernier, le nommé Mauriès, soldat du train, âgé de vingt-sept ans, de tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital de Boghar pour une affection de la hanche, dont il souffre depuis le 25 janvier de l'année 1862. Le malade reçut, à cette époque, un coup de pied de mulet qui vint frapper le côté externe de la cuisse gauche, à huit centimètres au-dessous du grand trochanter. Cette contusion fut suivie d'un gonflement considérable de toute la cuisse, du genou et de la hanche.

Éloigné de tout poste militaire important, notre malade n'entra qu'un mois plus tard à l'hôpital du Dey, après avoir fait quarante lieues en cacolet, couchant la nuit sous la tente, sur un sol humide et par un froid très-vif. Le gonflement se termina par la formation, au lieu de la contusion, d'un abcès peu profond, parfaitement limité, éloigné de l'articulation coxo-fémorale, qui fut ouvert et se cicatrisa rapidement. Dès le lendemain de la blessure, une douleur aiguë s'était manifestée dans la hanche et le genou; le malade ne pouvait imprimer aucun mouvement au membre inférieur. Les douleurs diminuèrent sensiblement pendant un long séjour à l'hôpital, mais ne disparurent jamais complétement. Deux fois on essaya, sans résultat avantageux, les eaux chlorurées sodiques d'Hammam-Rira. Deux ans après, on trouva notre homme assez rétabli pour l'envoyer en expédition; mais, aux premiers froids, les accidents reparurent plus violents que jamais, et Mauriès fut évacué dans mon service.

C'est un sujet pâle, amaigri, lymphatique, mais sans signe apparent de diathèse scrofuleuse. Décubitus sur le côté droit, cuisse gauche fléchie sur le bassin et appuyée sur le membre sain, le talon

touchant presque l'ischion. Forte contracture des fléchisseurs de la cuisse et des adducteurs ; le membre extrêmement amaigri. Douleurs aiguës au niveau et en arrière du grand trochanter, et vers le milieu du pli de l'aine. Genou gauche légèrement gonflé, et présentant de nombreuses traces de vésicatoires et de cautérisation ; ayant été jadis le siége des douleurs les plus vives, il présente encore aujourd'hui des traces de sensibilité en plusieurs points.

Les moindres mouvements imprimés à la cuisse augmentent la douleur au niveau des insertions au genou des muscles contracturés. Quand le bassin est fixé, on ne peut imprimer au membre ni rotation ni flexion, ni extension, ni adduction, ni abduction. Ce dernier mouvement paraît surtout le plus difficile et le plus douloureux ; sa production n'a lieu que lorsque l'on abandonne le bassin, et l'on voit alors d'une façon très-évidente l'épine iliaque suivre tous les mouvements du fémur.

Il y a raccourcissement apparent. Le moindre refoulement de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, produit une douleur aiguë, qui cesse, au contraire, dans les mouvements d'extension, suivant l'axe du membre. Peu de gonflement, peu d'empâtement dans la région de la hanche, un peu d'hypertrophie des ganglions iliaques; pas de signes de tumeurs péri-articulaires. L'acuïté des douleurs, leur rémittence, indiquent les opiacés à haute dose et le sulfate de quinine.

Les symptômes douloureux diminuent, la fièvre tombe, l'appétit renaît. Vésicatoires morphinés, cautérisation ponctuée, teinture d'iode à l'extérieur; en même temps, à l'intérieur, sudorifiques, huile de foie de morue, iodure de fer, vin de quinquina. Cette médication amène peu d'amélioration ; les mouvements sont affreusement douloureux, et retentissent surtout au côté externe du genou.

Au lieu même de l'ancienne contusion, il n'existait qu'une cicatrice complétement insensible.

Diagnostic : coxalgie de cause traumatique, mais présentant surtout la forme rhumatismale.

Jamais, dans sa jeunesse, Mauriès n'avait souffert de la hanche.

Le traumatisme était, à coup sûr, le point de départ de la maladie. Quoique reçu à huit centimètres du grand trochanter, le coup de pied avait dû produire un contre-coup dans l'articulation coxo-fémorale ; les nuits passées sous la tente par un froid humide, le transport en cacolet, ont changé l'arthrite traumatique simple en arthrite rhumatismale ; et, la constitution du malade aidant, cette arthrite est devenue coxalgie. La forme rhumatismale est nettement démontrée par le retentissement subinflammatoire plutôt réel que sympathique

vers le genou. Avant moi, on avait constaté du gonflement dans cette articulation, et de la douleur à la pression; je n'ai plus trouvé qu'un peu d'empâtement et de picotement sous la rotule.

Devant l'insuccès des moyens ordinaires de traitement, il ne restait plus à essayer que le redressement, au moins pour faire cesser la contracture musculaire si douloureuse dans le creux poplité. D'une part, la cuisse était entraînée irrésistiblement dans cette triple position de flexion, d'adduction et de torsion en dedans, que Bonnet a décrite comme la plus favorable à la luxation spontanée; d'autre part, il n'y avait ni abcès péri-articulaires ni fistules. Rien ne s'opposait donc au redressement; tout, au contraire, le commandait; et l'acuïté même des douleurs faisait supposer qu'il serait suivi d'un soulagement immédiat. Après avoir fait fixer le bassin, j'appuyai brusquement sur le genou en tirant sur le talon. Sans employer une force trop grande, j'obtins l'extension complète du membre inférieur, qui de lui-même se plaça dans l'abduction. A une douleur aiguë succéda alors un repos de plusieurs jours. J'employai à peu près le bandage à extension et à contre-extension de M. Velpeau, en me servant de la jambe saine comme attelle. et des barres de fer du lit comme points d'attache. Je recommandai l'immobilité la plus complète, et je continuai le traitement interne précédemment employé. L'état général s'améliora, la cuisse reprit rapidement son volume ordinaire; et, après dix jours de repos, je ne pus empêcher Mauriès de se lever pour essayer ses forces. Il s'aperçut alors que sa jambe avait grandi; en appuyant le talon à terre, il lui semblait qu'il marchait sur une éponge. La mensuration ne donne que des signes négatifs; l'allongement apparent tenait à l'abaissement du bassin.

Vers les derniers jours d'avril, les douleurs reparurent, surtout pendant la nuit; l'état spasmodique musculaire se reproduisit, et les déviations du bassin devinrent plus considérables. L'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade est située sur un plan antérieur et à trois centimètres plus bas que celle du côté droit; en arrière, fesse aplatie, pli fessier descendu; inclinaison latérale et torsion du bassin, augmentation de la courbure lombaire. Les douleurs trochantérienne et ilio-inguinale sont toujours provoquées par la pression. La dernière est aiguë quand on tire en dehors et en bas l'épine iliaque antérieure.

La pression exercée de dehors en dedans sur le même point ne produit aucune sensation pénible. Le mouvement d'abduction, ou plutôt l'écartement du membre malade de l'axe du corps se passe dans l'articulation coxo-fémorale droite et dans les articulations des vertèbres; ce mouvement se communique d'une façon très-apparente

à l'épine iliaque non fixée. La douleur du genou est moins aiguë qu'avant le redressement; elle est limitée à la partie inférieure et au côté externe du tendon du triceps.

La moindre traction sur la cuisse fait cesser toute sensation douloureuse dans la hanche.

Dans mes premières manœuvres, je n'avais fait que redresser le membre, et, sans chloroforme, je n'avais pas osé imprimer tous les autres mouvements à une articulation déjà si douloureuse. L'amélioration obtenue était trop sensible, la déformation du bassin trop prononcée, pour ne pas m'obliger à faire de nouvelles manœuvres dans le but de m'éclairer d'une manière positive sur l'étendue des mouvements articulaires, de replacer autant que possible le bassin dans une position normale, et surtout d'immobiliser l'articulation mieux que par la seule position couchée.

La discussion de la Société de chirurgie vint m'éclairer sur la conduite à suivre.

Le cinq mai, à l'aide du chloroforme, j'imprime à la cuisse les mouvements de rotation, de flexion, d'adduction et d'abduction. Les deux derniers nécessitent des efforts assez considérables, indiquant la formation de quelques brides péri-articulaires. Je replace le bassin dans une position satisfaisante par rapport à la colonne vertébrale et à l'axe des deux membres.

Avant d'endormir Mauriès, je lui avais fait mettre un caleçon fortement capitonné d'ouate, et duquel j'avais retranché la jambe droite jusqu'au-dessous du pli fessier. La gouttière de Bonnet aurait bien fait mon affaire; car il faut avoir appliqué un bandage inamovible sur un homme endormi, pour savoir combien cette application est difficile.

Mais la pauvreté de l'arsenal chirurgical de mon hôpital ne mettait à ma disposition que du linge et les attelles en bois les plus usuelles.

Mon bandage est à peu près calqué sur celui qu'a recommandé M. Verneuil, dans la discussion de la Société de chirurgie. Je commence les circulaires au-dessous du mollet, et je termine par un spica de l'aine et des circulaires autour de l'abdomen; je fais mon bandage très-épais, modérément serré au niveau des articulations et un peu lâche à la partie supérieure. J'applique au-dessus du genou un lacs extenseur fait en boudin, je place un lacs contre-extenseur de même nature au-dessous de l'ischion. Sur un cousin de balle d'avoine fixé au côté externe de la cuisse, j'applique une attelle de Desault dépassant le genou de cinq centimètres, et sur cette attelle je fais l'extension et la contre-extension. L'appareil ainsi terminé est enveloppé d'une bande roulée qui maintient ses diverses portions, et lui permet de sécher sans se coller au lit.

Afin d'obtenir la dessication du bandage dans la meilleure position et dans la plus grande extension, je fixe les deux membres inférieurs dans le parallélisme le plus complet, et je fais l'extension sur les barreaux du lit. Une croupière qui embrasse l'aine et la fesse du côté malade va se fixer aux barreaux supérieurs; enfin des alèzes entourant le bassin et prenant leur point d'attache sur les bords du lit, maintiennent l'axe du bassin sur la ligne de l'axe général du corps.

J'emploie tous ces moyens d'extension, dans la crainte de la prompte reproduction des déviations. Pour faire le spica de l'aine, j'ai été obligé d'interrompre l'anesthésie, et de faire soutenir mon malade dans la station debout. Dans cette position, l'état spasmodique s'est en partie reproduit, et je n'ai pu m'opposer aux déviations renaissantes qu'à l'aide de tous les procédés d'extension que je viens de décrire.

Le lendemain l'appareil a durci, la position est bonne; le malade a bien dormi et ne ressent aucune douleur.

Trois jours après j'enlève tous les liens externes, et rien ne change dans la position générale du corps. Mauriès ne ressent plus les douleurs aiguës d'autrefois, il n'éprouve qu'une sensation de constriction au niveau du grand trochanter.

Le 15 mai notre malade se lève, et, aidé d'une paire de béquilles, fait quelques pas dans la salle. Le pied est engourdi. L'état général est satisfaisant.

Le 25 mai il y a sensation de constriction douloureuse à la partie supérieure et interne de la cuisse et au niveau de l'épine iliaque droite.

Le malade ne peut marcher autant qu'il le voudrait. Je coupe verticalement la portion externe du cylindre abdominal, je fais une seconde incision verticale du pli génito-crural au milieu de la face interne de la cuisse, je fais des œillets sur les côtés libres de mes deux incisions, et je rapproche leurs bords au moyen de lacs qu'on peut serrer à volonté.

J'enlève en même temps l'attelle de Desault, et je crois pouvoir renoncer à cette extension qui n'a dû être vraiment utile que pendant les premiers jours pour aider à la dessiccation du bandage dans la meilleure position, et pour s'opposer à la pression de la tête fémorale sur le cotyle, pression qu'aurait pu augmenter le spasme musculaire qui suit ordinairement les manœuvres douloureuses du redressement. Je n'espérais pas, par ce moyen, obtenir l'écartement des surfaces articulaires, comme le docteur Smith, cité par Edwards, écartement contre lequel s'est élevé avec tant de raison M. Bouvier, et que démentent les expériences des frères Weber : je voulais seulement diminuer la pression spasmodique produite par les muscles contracturés.

Le bandage assez compliqué réunit les indications de l'immobilité, celles de l'extension directe des Américains, et enfin celles de l'extension indirecte de M. Velpeau.

Malgré sa complication, c'est le seul qu'on puisse appliquer dans nos petits hôpitaux éloignés, où les ressources chirurgicales sont à peu près nulles. Aujourd'hui 29 mai, le résultat obtenu est des plus heureux. Mais quand faudra-t-il enlever l'appareil, quand faudra-t-il rendre à l'articulation tous ses mouvements? La longue durée de la maladie, la gravité des accidents, les rechutes fréquentes m'engagent à continuer longtemps le traitement par l'immobilité, tout en permettant chaque jour des promenades de quelques instants, et avec des béquilles. Longtemps encore je combattrai le lymphatisme par les toniques et l'huile de foie de morue, et je ne songerai à lever tout appareil, que lorsqu'il y aura insensibilité dans l'action de poser à terre le pied malade, et de lui confier sa part dans la répartition du poids du corps dans la marche. Le moment viendra peut-être plutôt que je n'ose l'espérer, car le rétablissement général, deuxième condition de M. Verneuil, est déjà très-satisfaisant.

Cette observation tire son intérêt, non-seulement de l'heureux résultat momentanément obtenu au moyen du traitement mécanique, mais aussi de la rareté de la coxalgie chez l'adulte, et surtout chez le soldat, que le recrutement ne va pas choisir scrofuleux.

On rencontre souvent dans l'armée, à la suite de chute de cheval, des arthrites coxo-fémorales franches, qui sont rapidement jugées par le repos et les antiphlogistiques; mais rarement le traumatisme amène la coxalgie vraie avec sa contracture musculaire, ses douleurs rémittentes, ses déviations si caractéristiques, et enfin ses altérations osseuses. Il faut, pour qu'elle se produise, ajouter à la cause occasionnelle la prédisposition soit scrofuleuse, soit rhumatismale.

Le tableau statistique des maladies de l'armée pour l'année 1863 nous donne, sur 112, 167 entrées à l'hôpital, 75 entrées pour coxalgies. Sur 1000 maladies, la proportion des coxalgies est 1,22 pour la France. 0,61 pour l'Italie, et 0,34 pour l'Algérie. Le nombre des affections de la hanche semble diminuer avec la rigueur du climat. Sur les 61 coxalgies de France, 45 ont guéri après une moyenne de 28 jours de traitement, 3 ont été suivies de mort après une moyenne de 73 jours, et 13 étaient encore en traitement le 1er janvier 1864.

En Italie, les 3 coxalgies ont guéri après 27 jours de traitement;

En Algérie, les 11 coxalgies ont guéri après 37 jours de traitement;

A coup sûr, le climat doit encore entrer en ligne de compte dans le pronostic de cette affection.

J'ai dit que la vraie coxalgie était rare, et le chiffre de 75 ne fera pas changer mon opinion. Le travail de la statistique, déjà si volumineux, doit comprendre sous le nom de coxalgie toutes les affections douloureuses de la hanche; et bon nombre de ces maladies, qui guérissent après une moyenne de 28, de 27, de 37 jours de traitement, ne doivent être que des arthrites coxo-fémorales, car je n'ai pas encore vu de coxalgie vraie guérir aussi vite.

Des chiffres précédents on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La coxalgie est rare dans l'armée;

2° Les affections douloureuses de l'articulation coxo-fémorale sont d'autant plus nombreuses et d'autant plus graves, que le pays est plus froid et plus humide.

SUITE DU RAPPORT DE M. VERNEUIL.

M. Dauvé donne à son observation le titre un peu singulier de *Coxalgie rhumatismale de cause traumatique.* Deux circonstances, à la vérité, ont contribué au développement du mal : la contusion articulaire consécutive au choc reçu sur la cuisse, et le froid humide auquel le blessé a été soumis les jours suivants; mais ces causes ont été purement occasionnelles, et, sans une prédisposition du sujet, elles eussent donné lieu soit à une arthrite traumatique soit à un rhumatisme coxo-fémoral, et non point à cette affection longue, tenace, qui, trois années durant, a tourmenté le patient, et dans laquelle se retrouvent tous les symptômes de la coxalgie, telle qu'on l'observe chez les jeunes enfants scrofuleux. Déjà, dans la discussion, nous avons insisté sur ce point que le traumatisme ou le refroidissement ne suffisent point pour déterminer la nature de la coxalgie ; celle-ci dérive de la constitution générale du sujet, et nullement de l'accident fortuit du début. M. Dauvé lui-même, à la fin de son travail, insiste pour qu'on ne confonde pas avec la coxalgie les arthrites de la hanche, qui succèdent à des violences extérieures, et j'ajoute, de mon côté, que le rhumatisme vrai ne provoque pas des douleurs aussi prolongées, aussi violentes, accompagnées de spasme musculaire aussi prononcé; il ne sévit pas sur une jointure pendant des années sans amener des adhérences diarthrodiales, des roideurs, des déformations, qui ont fait totalement défaut chez le malade en question.

Pour ma part, j'interprète le fait de la manière suivante : le sujet était lymphatique. Alors qu'une seule eût suffi, deux causes déterminantes se sont associées pour mettre en jeu et localiser la maladie constitutionnelle; il s'agit donc ici *d'une coxalgie scrofuleuse*

évidente, avec sa longue durée, ses rémissions, ses rechutes, ses douleurs intenses, sa contracture violente, etc.

L'insuccès absolu des agents médicamenteux et du repos simple, engagèrent notre confrèro à tenter le redressement, qui fut obtenu du premier coup, sans chloroforme et par la seule action des mains, ce qui prouve que l'attitude vicieuse n'était entretenue que par l'action des muscles. Cette manœuvre calma instantanément les douleurs, au point que le malade, dix jours après, crut pouvoir essayer son membre. Mais cette amélioration fut do courte durée, et bientôt tous les symptômes renaissent, avec une différence qui mérite cependant d'être notée. Avant le redressement il y avait raccourcissement apparent, adduction, rotation en dedans. Les déviations reparaissent avec les douleurs, mais on constate alors l'abduction et l'allongement apparent. C'est un exemple de ces métamorphoses dans les attitudes vicieuses sur lesquelles j'ai beaucoup insisté, ne fût-ce que pour prouver que les déviations ne caractérisent pas plus la nature que le degré de la maladie.

Les choses en étaient là, lorsque le compte rendu de nos séances parvint à M. Dauvé. La gouttière de Bonnet eût bien fait son affaire; mais comment se la procurer à Boghar? Il n'y fallait point songer, et l'on devait se contenter de ce qu'on avait sous la main : du coton, des bandes et des attelles. Vous avez vu comment, avec ces ressources restreintes, on est arrivé à un bon résultat, ce qui est de nature à encourager ceux de nos confrères qui, éloignés du centre, n'ont pas comme nous à leur disposition les riches arsenaux de nos fabricants d'instruments.

Pour ne pas étendre outre mesure ces remarques, je me contenterai de mettre encore en relief deux particularités d'intérêt secondaire. M. Dauvé insiste à plusieurs reprises sur le soulagement que procurait au blessé l'extension pratiquée suivant l'axe du membre. Cette manœuvre avait certainement pour effet, non pas de séparer l'une de l'autre deux surfaces articulaires qui ne sauraient s'abandonner (à moins qu'on ne suppose l'existence d'un épanchement intra-articulaire), mais bien d'empêcher une pression réciproquo occasionnée par la contraction des muscles. Pour satisfaire à cette indication, notre confrère fit intervenir dans la construction de son appareil le principe de l'extension et de la contre-extension, au moyen d'une attelle de Desault. Sans être indispensable, cette addition a certainement son utilité dans certains cas, c'est une confirmation des idées qui servent de base à la pratique des Américains.

M. Dauvé nous affirme que l'application d'un appareil inamovible sur un adulte est une rude besogne. Je suis tout à fait de cet avis;

et, dans le service que je dirige, j'en fais souvent l'expérience. Cependant, avec un personnel suffisant, on en vient à bout; il ne faut que des bras, et les premiers aides venus sont utilisables. Aussi, je n'imiterais pas notre confrère, qui a suspendu l'anesthésie pour mettre le malade dans la position verticale lors de l'enroulement des bandes autour du bassin.

La cessation du chlorolorme a eu pour résultat immédiat la reproduction du spasme musculaire, et, par conséquent, le retour des déviations; c'est un désagrément que j'ai éprouvé plus d'une fois, et qui peut diminuer les avantages de l'appareil inamovible. Pour y remédier autant que possible, j'ai pris l'habitude de mettre dans l'épaisseur même du bandage des attelles de fil de fer assez solides pour empêcher les mouvements de la cuisse pendant et après l'application des bandes. Je persiste à considérer cette modification comme utile, mais je conseille également de continuer l'anesthésie au moins jusqu'au moment ou le squelette du bandage est solidement assujetti.

M. Dauvé termine son intéressant travail par un aperçu statistique sur la coxalgie dans l'armée. Nous n'en voulons tirer qu'une remarque relative à la nomenclature, dont on ne fixe pas les termes avec assez de rigueur. Coxalgie veut dire simplement douleur de la hanche. Si on le conserve comme nom générique, il faut au moins lui adjoindre un adjectif qualificatif, sous peine de confondre, au détriment de la nosographie et de la pratique, des états pathologiques très-divers, qui n'ont de commun que le siége, mais qui diffèrent essentiellement par les causes, les symptômes, la marche, le pronostic et le traitement.

Messieurs, la Société de chirurgie est fière d'être un centre vers lequel convergent les travaux d'un grand nombre de praticiens français et étrangers. Les grandes villes et les campagnes, les hôpitaux et la pratique privée, lui fournissent des matériaux qu'elle voudrait voir plus nombreux encore et qu'elle accueille avec empressement. Mais combien ne doit-elle pas surtout encourager nos confrères de l'armée et de la marine, qui, loin des centres scientifiques, isolés et perdus en quelque sorte dans des stations écartées, privés de bibliothèques, de ressources et de l'aiguillon incessant du conflit scientifique, songent pourtant à suivre et à partager nos labeurs. A ceux-là, nous devons plus que la banalité des remercîments officiels, il y faut joindre nos félicitations sincères et l'expression de toute notre sympathie.

Pendant son séjour en France, M. Dauvé a doté nos mémoires d'une importante monographie sur l'enchondrome testiculaire. Les communications présentes prouvent que le soleil d'Afrique n'a point ralenti son ardeur; aux élections prochaines, il faudra songer à récompenser cette louable persévérance.

J'ai l'honneur de vous proposer : 1° de renvoyer au bulletin les deux observations précédentes;

2° D'assurer l'auteur du vif intérêt que nous inspirent ses travaux en l'engageant à les poursuivre;

3° D'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de correspondant.

M. LEGOUEST. Ce n'est pas sur le rapport de M. Verneuil que j'ai demandé la parole, mais à propos de la statistique qu'a présentée M. Dauvé sur le degré de fréquence de la coxalgie dans l'armée. Je crois, en effet, contrairement à ce qu'a dit M. Dauvé, que la coxalgie est assez fréquente parmi les militaires. J'en ai presque toujours trois ou quatre exemples dans mon service du Val-de-Grâce.

M. LARREY. Je partage complétement la manière de voir de M. Legouest. Ce qui a pu égarer M. Dauvé, ce sont les *desiderata* nombreux que laissent à ce sujet certaines statistiques dont il s'est servi.

La fréquence assez grande de la coxalgie dans l'armée peut d'ailleurs trouver son explication, d'une part, dans les exercices gymnastiques auxquels les militaires sont obligés de se livrer, et en particulier dans celui connu sous le nom d'exercice du *cheval de bois;* d'autre part, dans les exigences de toutes sortes du service militaire.

De l'uréthrotomie. Suite de la discussion.

M. ALPH. GUÉRIN. Je crains que la Société ne se soit laissé séduire par la forme brillante sous laquelle M. Perrin a présenté son opinion sur l'utilité et sur l'innocuïté de l'uréthrotomie. Si vous me permettez, Messieurs, d'analyser succinctement son travail, je n'aurai pas grand' peine à vous démontrer que les faits avec lesquels il a eu la prétention d'entraîner vos convictions sont loin d'avoir l'importance qu'il leur a attribuée. Quand il les produisit pour la première fois devant la Société, on lui tint compte de sa bonne intention, qui se manifestait de la manière la plus modeste; il nous racontait l'histoire de douze malades qui avaient subi l'uréthrotomie, et il se proposait de ne pas perdre de vue ces malades et de nous tenir au courant des résultats obtenus. Si M. Perrin s'était contenté de tenir sa promesse, s'il n'avait pas eu la prétention de nous imposer des convictions, qui se sont formées trop facilement, à mon avis, je n'aurais pas pris la parole. Il est entré dans une bonne voie, mais il s'est exalté en faisant son discours, et il aura dépassé, sans s'en rendre compte, le but qu'il avait dû se proposer en commençant.

Voyons, en effet, ce qu'il y a dans ses observations :

1° Son premier malade a subi l'uréthrotomie en février 1862; un an après, il y avait récidive, et il n'urinait plus que goutte à goutte. Jusque-là, ce n'est pas bien satisfaisant. Alors ce n'est plus M. Perrin qui le traite; il est confié à M. Leconte, qui a recours à la dilatation et qui le guérit. Eh bien! quelle est la part de l'uréthrotomie? Un échec. Quelle est celle de la dilatation? Un succès.

2° Le second malade subit l'uréthrotomie pour laquelle (c'est M. Perrin qui le dit) on ne parvint à franchir le rétrécissement qu'au prix des *plus violents efforts*. Ces violents efforts pourraient bien effrayer les chirurgiens qui, comme moi, pensent que l'on ne doit jamais exercer de ces violences sur l'urèthre; mais passons.

Sept mois après, c'est-à-dire en 1862, il faut pratiquer une seconde fois l'uréthrotomie. Depuis cette époque, dit M. Perrin, la guérison s'est maintenue, en ce sens que le malade écrit qu'il urine librement, comme à l'époque de sa sortie de l'hôpital.

Voilà donc un cas de guérison; mais il ne date que de trois ans, et encore ce n'est que d'après l'assertion du malade qu'il faut l'admettre. Les cliniciens rigoureux pourraient bien ne pas trouver cela suffisant; enfin, pour ne pas nous montrer trop exigeant, nous dirons que c'est un succès.

3° Le troisième malade est incisé d'avant en arrière. Une hémorrhagie se produit et dure trente-six heures, ce à quoi M. Perrin ne trouve rien d'inquiétant. Nous ne serions peut-être pas tous du même avis si nous avions à en supporter les conséquences pour nous-mêmes; car enfin une hémorrhagie n'est jamais à négliger, surtout quand elle se produit dans un canal étroit qu'un caillot peut oblitérer pendant un temps plus ou moins long, et quand elle résulte de la lésion d'un tissu érectile.

Après l'opération, on a recours à un cathétérisme régulier, qui n'empêche pas l'urèthre de se rétrécir. Le malade sort de l'hôpital treize jours après l'opération, et depuis cette époque on n'en a plus entendu parler.

Pour celui-là, je ne pense pas qu'on puisse le considérer comme guéri, puisque, malgré le *cathétérisme régulier consécutif*, le canal se rétrécissait déjà lorsque le malade quitta l'hôpital.

4° Le cas le plus favorable à l'uréthrotomie est celui du quatrième malade. Ce malade est mort; mais six mois seulement après l'uréthrotomie, le diamètre de son urèthre n'était tombé que de 6 millimètres à 4.

Les partisans exclusifs de la dilatation regretteront sans doute que le malade ait succombé si tôt, car si, en six mois, l'urèthre s'était rétréci de 2 millimètres, on est peut-être en droit de supposer qu'au

bout d'un an ou deux il ne lui serait pas resté grand bénéfice de l'opération.

5° Pour le cinquième, c'est le fait le plus extraordinaire que l'on ait cité dans toute cette discussion. Vous en jugerez vous-mêmes.

Quand, après lui avoir fait l'uréthrotomie, on le renvoya de l'hôpital, son canal n'admettait qu'une sonde de 3 millimètres et demi, et aujourd'hui l'urèthre de ce malade a un diamètre de 4 millimètres et demi.

Voilà, certes, un résultat bien inattendu ; non-seulement on n'a pas besoin de la dilatation pour maintenir le résultat obtenu par l'uréthrotomie, mais le canal, abandonné à lui-même, se dilate tout seul, et il a la discrétion de ne se dilater que de 1 millimètre. C'est miraculeux ! car, ayant commencé dans cette voie, il n'avait pas de raison pour s'arrêter !

Notre collègue ne peut pas expliquer ce résultat. Moi, je crois pouvoir en donner l'explication : ce malade a cru avoir à se plaindre de l'uréthrotomie, il lui aura fait une infidélité, et la dilatation lui aura donné plus qu'il n'avait obtenu par votre opération. Voilà du moins ce qui est probable.

6° Pour le sixième malade, quinze jours suffirent, dit M. Perrin, pour lui faire perdre les bénéfices de l'opération.

7° Le septième serait aussi heureux qu'avant d'être malade, au rapport du médecin d'Alençon qui l'a examiné.

8° On n'a pas de nouvelles du huitième.

9° Chez le neuvième, les résultats de l'uréthrotomie se sont maintenus pendant quatorze mois ; à cette époque, un autre rétrécissement s'est manifesté, on l'a traité par la dilatation, et au bout de cinq semaines de ce traitement le malade était guéri. Depuis lors, on ne l'a pas revu.

Voilà donc une observation de guérison par l'uréthrotomie, mais c'est aussi un cas de guérison, et de guérison très-prompte, par la dilatation.

10° On n'a pas de renseignements sur le dixième.

11° On a revu le onzième, mais on ne l'a pas sondé.

12° On n'a pas de nouvelles du douzième.

Enfin, des deux cas nouveaux dont M. Perrin nous a raconté l'histoire, le premier, opéré deux fois, a paru guéri pendant quatorze mois, puis il est mort d'un cancer de l'estomac, sans qu'on ait pu faire son autopsie ; le second a été opéré trop récemment pour que l'on puisse invoquer le fait en faveur de l'uréthrotomie.

Je ne dirai pas que tous ces faits ne méritent pas qu'on s'en occupe, ils ont un certain intérêt ; mais ont-ils assez de valeur pour autoriser

à dire que l'uréthrotomie est la seule méthode de traitement qui donne de bons résultats dans les rétrécissements de l'urèthre ? Pour justifier une pareille conclusion, il faudrait des faits nombreux observés longtemps et par un homme ayant autorité dans la science. Eh bien! la statistique de M. Maisonneuve, invoquée par M. Perrin, peut être satisfaisante quant au nombre des malades opérés (il y en a soixante-six), mais il faudrait être bien facile à contenter pour trouver dans les chiffres cités les éléments d'une conviction. Que fait, en effet, M. Maisonneuve? Il incise l'urèthre, il garde ensuite les malades une huitaine de jours, après quoi il les renvoie et les considère comme guéris.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il en a gardé pendant un mois. Il y en a même un qu'il n'a laissé à l'hôpital que trois jours, et celui-là, comme les autres, est réputé guéri. Vous voyez, Messieurs, que ce serait là une opération expéditive, ce serait presque une guérison instantanée.

Tout cela n'est pas sérieux et n'a pas été fait pour la Société de chirurgie. Une pareille statistique, très-rassurante pour les malades, n'a pas le cachet scientifique que nous sommes en droit de réclamer des travaux qui nous sont présentés.

Pour ne citer qu'un exemple de la manière dont M. Maisonneuve procède à l'uréthrotomie, je ne vous citerai qu'une observation consignée dans la thèse fort intéressante de M. Reliquet; il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans (observ. V), qui avait une violente douleur dans l'hypochondre droit avec respiration un peu fréquente. Ce malade, *étant trop gras, on ne peut pas l'ausculter*, et comme il urinait difficilement, on lui pratique l'uréthrotomie. Il meurt; eh bien, savez-vous ce que l'on trouve à l'autopsie? Une pneumonie et une fausse route dans l'urèthre; de traces de rétrécissement, il n'en est pas question.

N'allez pas croire qu'on a opéré parce que le malade n'urinait pas, on avait introduit une bougie, et même l'urine passait entre elle et les parois de l'urèthre. M. Reliquet dit même : *vu l'état meilleur* et pour évacuer complétement l'urine de la vessie, M. Maisonneuve pratique l'uréthrotomie.

On dirait que le chirurgien a voulu essayer l'uréthrotomie contre la pneumonie, car on lit dans l'observation : « Après l'opération, les troubles du côté de la poitrine ne cèdent pas, la respiration est toujours très-fréquente. »

On pourrait donc retrancher ce cas de mort de la statistique de M. Maisonneuve, et le réserver pour l'époque où l'on étudiera l'influence de l'uréthrotomie sur les affections aiguës du poumon.

Non, cela n'est pas sérieux, et la meilleure preuve, c'est que les résultats sont bien différents quand on les recherche dans la pratique d'un chirurgien prudent, instruit et que nous estimons tous, je veux parler de M. Gosselin, dont un tableau statistique, également emprunté à la thèse de M. Reliquet, a été invoqué par M. Perrin : sur sept malades, il y a eu un cas de mort; l'on ne dira pas qu'un pareil résultat est satisfaisant. Eh bien! je ne le cite qu'à cause de la prudence bien connue du chirurgien, de son honorabilité et de son respect pour la vie des malades. Ne me dites donc pas qu'à côté de lui on guérit trois frois plus d'opérés, ou bien donnez-moi des observations plus convaincantes.

Voilà pour le danger de l'opération; on n'a rien prouvé, puisqu'on n'a cité que des faits insuffisants et dont nous ne pouvons pas ici nous contenter.

Si, maintenant, nous étudions la question au point de vue de la récidive, et qu'après avoir rejeté les faits de M. Perrin comme trop peu nombreux, nous recherchions encore dans le travail cité plus haut, nous voyons que M. Reliquet, élève de M. Maisonneuve, ne manque pas de citer des récidives fréquentes. Ainsi, dans l'observation XIII de sa thèse, un malade subit une première uréthrotomie le 8 juin 1862, et trois mois après il rentre à l'hôpital pour être opéré de nouveau. Avant cette seconde opération, on introduisait une bougie nº 14; après l'uréthrotomie, on passe le nº 29. Il est vrai que huit jours après, au moment où le malade sort de l'hôpital, ce n'est plus qu'une sonde nº 17 que l'on introduit, et l'on est porté à penser qu'elle n'entrait pas facilement, car l'observation se termine par cette phrase : « On lui recommande de s'introduire souvent dans l'urèthre une bougie nº 16. »

Ce fait n'a pas besoin de commentaires. L'observation XIV n'est pas moins intéressante : après une première uréthrotomie, la récidive est si complète, que le malade est obligé de s'accroupir pour pisser. On l'uréthrotomise une seconde fois, et on lit avec surprise dans l'observation : « Après l'opération, on ne peut introduire que la bougie nº 17; avant l'opération le nº 15 passait facilement. »

Deux ans plus tard, le malade revient à la Pitié, le rétrécissement a reparu, il faut pratiquer l'uréthrotomie pour la troisième fois.

Enfin, dans l'observation XV, nous trouvons un malade qui subit l'uréthrotomie cinq fois en six ans environ.

Si à côté de ces faits vous mettez les observations de traitement par la dilatation, je doute fort que vous entraîniez beaucoup de convictions. Pourquoi, puisque vous vouliez l'autorité des faits, ne vous êtes-vous pas adressé à la pratique de quelques hommes qui ont étudié ce sujet depuis longtemps? M. Civiale a pratiqué l'uréthrotomie un

millier de fois. Avec de pareils nombres, on peut arriver à une solution, mais non avec les statistiques qui ont été produites dans cette discussion.

N'allez pas croire, Messieurs, que je suis hostile à l'uréthrotomie. Je la pratique depuis longtemps, et demain encore je dois la pratiquer, mais je n'y ai pas recours aveuglément et indistinctement.

Je dilate par les bougies, tant que cela est possible, et mes malades s'en trouvent bien. Quand un rétrécissement est réfractaire à la dilatation, je l'incise, et en agissant ainsi, je fais comme la plupart de nos collègues, sans y avoir été poussé par les mémoires que l'on a lus récemment devant la Société. Je pratique encore l'uréthrotomie quand le cathétérisme produit des frissons semblables à ceux de la fièvre intermittente. M. Perrin ne s'inquiète pas des frissons ; pour moi je ne puis avoir la même tranquillité, et j'aime mieux recourir à l'uréthrotomie chez les malades dont l'urèthre a cette excessive sensibilité, que de tenter la dilatation qui, dans ce sens, devient dangereuse.

Comment ne serais-je pas partisan de l'uréthrotomie, moi qui ai étudié pendant plusieurs années l'anatomie pathologique des rétrécissements?

On croyait, il n'y a pas longtemps, que la membrane muqueuse de l'urèthre était le siége des rétrécissements. J'ai démontré, il y a une douzaine d'années, dans un travail inséré dans les mémoires de la Société, que cette membrane reste saine dans les rétrécissements simples qui ne sont pas de cause traumatique, et je suis de plus en plus convaincu que jamais une membrane muqueuse n'est le siége d'un rétrécissement. Vous avez tous cautérisé la conjonctive dans les cas d'ectropion ; avez-vous jamais produit la rétraction de cette membrane? La rétraction se fait uniquement dans le tissu fibreux sous-jacent à la membrane muqueuse, qui est alors serrée à sa périphérie comme une bourse l'est par un cordon. Pour l'urèthre, les rétrécissements prennent ordinairement leur origine dans les inflammations qui se propagent au tissu érectile dont ce conduit est entouré. Dans ces cas, la partie fibreuse de ce tissu se rétracte à la manière des aponévroses enflammées, et j'ai vu plus d'une fois le bulbe tout entier tellement induré qu'il était imperméable au sang et criait sous le scalpel.

Suivant les opinions qui ont régné en anatomie pathologique, on a eu recours, tantôt à des scarifications simples, tantôt à des incisions profondes. On tend à prendre un moyen terme, aujourd'hui, pour tout concilier; malheureusement, les règles générales ne sont point admissibles pour tous les cas.

Quand il s'agit d'un rétrécissement superficiel, n'intéressant que la

couche fibreuse la plus rapprochée de la membrane muqueuse, on peut espérer une guérison prompte, soit qu'on ait recours à la dilatation, soit que l'on pratique l'uréthrotomie superficielle.

Il n'en est plus de même pour les cas où le tissu caverneux de l'urèthre est complétement transformé en une masse fibreuse résistante. L'uréthrotomie interne peut bien encore diviser complétement cet anneau, qui s'oppose à la miction, mais c'est alors une opération entourée des plus grands dangers, parce qu'il est fort difficile de n'inciser que l'obstacle sans le dépasser. Je crois que, pour ces cas, il vaut mieux inciser de dehors en dedans. J'ai déjà eu l'occasion de pratiquer cette opération, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Quant à l'uréthrotomie superficielle, elle est, pour cette espèce de rétrécissement, une méthode aussi irrationnelle que le serait la section de la moitié d'un tendon rétracté.

Enfin, je ne puis admettre que l'on incise l'urèthre sans avoir préalablement tenté la dilatation qui, alors même qu'elle est insuffisante, a l'avantage de distendre les tissus rétractés et d'en rendre la section plus facile; en agissant autrement, on a, soyez-en sûrs, pratiqué plus d'une uréthrotomie pour des rétrécissements qui n'existaient pas. J'ai déjà, pour ma part, rencontré bien des malades que l'on croyait affectés de rétrécissement, parce que l'on n'avait pas pu les sonder avec de petites bougies dont la pointe, s'introduisant sous une valvule ou dans l'orifice d'une des nombreuses glandules de l'urèthre, se repliait sur elle-même et devenait impuissante à soulager le malade, tandis qu'avec une sonde métallique d'un fort calibre, on pénétrait facilement dans la vessie.

J'aurais encore beaucoup de choses à dire sur ce sujet, mais j'ai déjà abusé de l'attention de la Société, et je termine en répétant que la raison, l'anatomie pathologique et les observations consignées dans la science, repoussent l'opinion des chirurgiens qui rejettent la dilatation pour adopter d'une manière exclusive l'uréthrotomie superficielle.

M. VOILLEMIER. Mes conclusions ne seront pas très-différentes de celles de M. Guérin qui, je crois pouvoir le dire sans me tromper, ne sont pas elles-mêmes bien différentes de celles qui ont été formulées en 1855 par notre regretté collègue Robert.

La dilatation doit rester comme méthode générale, non pas qu'elle soit sans inconvénients, mais elle est encore la meilleure.

L'uréthrotomie est certainement une conquête chirurgicale, mais elle n'est applicable que par exception.

Je ne parlerai pas, et pour cause, des statistiques qu'a critiquées notre collègue M. Guérin avec une juste sévérité; elles ne renferment

pas, en effet, les éléments qu'on doit trouver dans toute statistique sérieuse et vraiment scientifique. Je ne parlerai donc que des faits apportés par M. Perrin. Je dirai, tout d'abord, qu'ils me paraissent bien insuffisants. Que faire avec douze observations, dont d'ailleurs tous les malades n'ont pas été revus? Notre collègue aurait pu trouver dans les faits publiés avant lui des éléments bien autrement considérables qui ont servi dans les discussions antérieures sur le sujet en question. Si les faits de notre collègue sont insuffisants par leur nombre, renferment-ils, au moins, quelque chose de nouveau? Je ne le pense pas. Serait-ce par exemple l'uréthrotomie d'avant en arrière? Mais Amussat l'a pratiquée et préconisée il y a bien longtemps.

M. Perrin trouve qu'avec l'uréthrotome droit on donne plus facilement lieu à des hémorrhagies; je serais de son avis si l'opération était pratiquée par une machine, mais, comme au bout de cet instrument droit se trouve la main exercée d'un chirurgien, je ne crois pas que l'uréthrotome droit expose à beaucoup plus de dangers que les autres.

Quant au traitement consécutif à l'uréthrotomie, M. Perrin semble n'en pas vouloir; pour lui, la dilatation successive paraît inutile, ainsi que les sondes à demeure, immédiatement après la section. Reybard, lui aussi, avait d'abord voulu supprimer ces deux auxiliaires. Mais un peu plus tard, en 1853, il a publié un livre, dans lequel il dit qu'il faut toujours y avoir recours. A cette même époque, M. Maisonneuve ne voulut pas de sondes à demeure; depuis il a fait sa conversion, et ce ne sera pas la dernière.

Quant à moi, je dois dire que les cas dans lesquels j'ai vu survenir des accidents après l'uréthrotomie sont précisément ceux dans lesquels les malades n'avaient pas de sonde, ou dans lesquels ils pissaient par dessus leur sonde.

Si maintenant nous cherchons à voir les résultats obtenus par M. Perrin, nous trouvons qu'il sont insuffisants à prouver ce qu'il soutient; que signifient, en effet, ces douze cas dans lesquels plus de la moitié des malades n'ont pas été revus longtemps après l'opération? Et cependant notre collègue se croit autorisé à traiter la dilatation de méthode routinière et impuissante. Or, pour se permettre un pareil jugement, il aurait fallu apporter ici une statistique comparative des résultats obtenus; d'une part, au moyen de la dilatation, de l'autre par l'uréthrotomie; c'est ce que M. Perrin n'a pas fait. Or, je puis affirmer, aujourd'hui comme il y a dix ans, que la dilatation a donné des résultats très-satisfaisants.

Le nombre des morts, quelque petit qu'il soit, me suffit à repousser l'uréthrotomie tant qu'elle n'est pas indispensable. Ce qui ne m'em-

pêchera jamais de la pratiquer quand elle sera nécessaire, le nombre des insuccès fût-il deux fois plus grand.

Je sais bien qu'on a dit que l'uréthrotomie s'adressait surtout aux mauvais cas; mais cet argument ne peut pas être mis en avant quand il s'agit des faits de M. Perrin. Notre collègue nous a représenté Reybard comme ayant renoncé à l'uréthrotomie profonde sur la fin de sa vie; il n'en est rien, comme le prouve le livre que j'ai déjà cité.

Je crois donc, en résumé, que les faits de M. Perrin ne sont pas de nature à modifier les impressions laissées par Robert dans son remarquable rapport sur les travaux de Reybard.

M. DEMARQUAY. Je rejette, pour ma part, l'uréthrotomie profonde; je regarde, au contraire, l'uréthrotomie superficielle comme très-utile pour faciliter la dilatation ou la rendre possible dans certaines circonstances où la dilatation ne peut être appliquée dès le début. Comme MM. Guérin et Voillemier, je suis très-partisan des sondes à demeure, immédiatement après l'uréthrotomie. Quant au procédé opératoire, je le fais varier suivant les circonstances. Si l'uréthrotome peut franchir le rétrécissement, je préfère la section faite d'arrière en avant; dans les cas contraires, je n'hésite pas à couper d'avant en arrière. Pour ce qui regarde les progrès accomplis depuis 1855, je ne partage pas la manière de voir de M. Voillemier; il me semble que la question a fait un pas depuis cette époque, car je me rappelle parfaitement qu'alors certains chirurgiens très-distingués ne voulaient, à aucun prix, de l'uréthrotomie.

Je ne dirai plus qu'un mot, il est relatif à l'uréthrotomie profonde. J'ai vu, l'an dernier, un cas de récidive après cette opération pratiquée dix ans auparavant; il m'a fallu traiter le nouveau rétrécissement par la dilatation.

M. VOILLEMIER. Quand j'ai parlé de l'uréthrotomie profonde, je n'ai pas voulu faire allusion à cette opération telle que la pratiquait Reybard, mais seulement à une section plus étendue que la simple scarification. Du reste, il faut bien le savoir, quoi qu'on en ait dit, ces simples scarifications elles-mêmes ne sont pas toujours exemptes de danger. Reybard l'a prouvé surabondamment. En somme, je le répète, je ne suis point opposé à l'uréthrotomie; comme M. Guérin, je l'ai pratiquée souvent et je la pratiquerai de nouveau, mais seulement dans les cas où la dilatation ne pourra pas suffire.

M. DEMARQUAY. Moi aussi, je pense que l'uréthrotomie présente des inconvénients sérieux; j'ai vu des malades dans un état très-grave à la suite de cette opération, même quand on n'avait fait que des incisions superficielles. Je pense donc aussi qu'il ne faut la prati-

quer, sous une forme ou sous une autre, superficielle ou profonde, que quand la dilatation a donné tout ce qu'elle peut donner.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

Les *Archives générales de médecine.*

— M. Putégnat (de Lunéville), membre correspondant, adresse un opuscule intitulé : *Considérations sur les abcès iliaques puerpépéraux,* etc.

— M. Macleod (de Glascow), membre correspondant, adresse à la Société son ouvrage : *Outlines of surgical diagnosis.*

— MM. Lefort, Follin, Giraldès et Larrey demandent un congé.

— M. Houel offre en hommage à la Société, au nom de M. Benjamin Anger, la première monographie (Luxations et Fractures) de son *Traité iconographique des maladies chirurgicales.*

— M. le docteur Conche fait hommage à la Société de sa thèse : *De la maladie kystique du testicule.*

— M. Richet transmet, de la part de M. J.-B. Rousseau, sa thèse intitulée : *Dissertation sur les propriétés vitales et sur les nerfs vaso-moteurs,* soutenue le 4 juillet 1822.

— M. Habert présente à l'appréciation de la Société un brayer différant peu du bandage franc-comtois.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un Mémoire manuscrit intitulé : *Vues générales et pratiques sur les rétrécissements de l'urèthre, la lithotritie et la taille.* (Commissaires : MM. Giraldès, Richet, Dolbeau.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société qu'il a eu l'honneur de

recevoir la visite de Mme Morel-Lavallée, qui lui a remis un certain nombre de notes manuscrites de notre regretté collègue. Il propose de nommer une commission de trois membres qui serait chargée d'examiner ces différents manuscrits pour savoir ce qui pourrait être publié.

La Société adopte cette proposition.

La commission sera composée de MM. Bauchet, Houel et Panas.

De l'uréthrotomie. Suite de la discussion.

M. DESORMEAUX. Après les discours que vous avez entendus dans la dernière séance, je ne reviendrai pas sur l'examen des statistiques qui vous ont été présentées; elles ont eu leur utilité, mais elles donnaient de trop belles espérances, et je ne ferai que confirmer ce qu'ont dit MM. Guérin et Voillemier : l'uréthrotomie, employée à propos, donne d'excellents résultats, mais elle ne donne pas toujours des guérisons radicales, et, comme vous l'avez vu, les guérisons ne se maintiennent qu'à condition de combattre les récidives au moyen des bougies introduites de temps en temps. Cependant, je ne serai pas aussi absolu que ces Messieurs, car je connais des cas, rares il est vrai, où le calibre de l'urèthre s'est conservé, sans aucune précaution, après la guérison obtenue soit par la dilatation, soit par l'incision.

Mais aujourd'hui il n'est plus besoin de prouver l'utilité de l'uréthrotomie, tout le monde l'admet dans cette enceinte; mais tous aussi vous pensez que la dilatation ne doit pas être repoussée et convient dans beaucoup de cas. La question en est au même point où en est arrivée depuis longtemps la question de la lithotritie et de la taille. Personne, dans la Société de chirurgie, ne proposerait aujourd'hui d'abandonner l'une de ces deux méthodes et de pratiquer l'autre exclusivement. Il doit en être de même pour le traitement des rétrécissements par la dilatation ou l'incision. Déjà M. Trélat vous a dit que le moment venait de discuter les indications de ces opérations, et M. Dolbeau en a posé quelques-unes. C'est là le côté de la question que je veux aborder, sans chercher à vous démontrer l'utilité d'une opération acceptée par tout le monde.

Je commencerai par vous exposer le résumé de quelques-unes de mes opérations, qui pourra servir à bien poser les points que je veux discuter. J'ai pratiqué l'uréthrotomie externe et l'uréthrotomie interne d'arrière en avant et d'avant en arrière, et depuis un certain temps je me sers presque exclusivement de l'*endoscope*, qui me donne des avantages que j'examinerai plus tard. J'avais un assez grand nombre d'observations, mais la mort d'un de mes internes, à qui j'en avais confié

une partie pour un travail qu'il avait entrepris, m'en a fait perdre la moitié, pour le moins. Je n'en ai donc que dix-huit à vous offrir, mais elles pourront suffire pour appuyer ce que j'aurai à vous dire des indications de l'uréthrotomie; et d'ailleurs ce n'est pas comme statistique que je vous les présente, car, sans nier que la statistique puisse servir à quelque chose, je dois vous avouer que son utilité me paraît bien faible dans les questions de chirurgie. Je vous présente donc les observations suivantes, après vous avoir prévenus qu'elles contiennent le seul cas de mort que j'aie à regretter, et que, dans celles qui sont perdues, ne se trouvait pas un seul cas d'accident de quelque gravité.

1° M... (Jean), cinquante ans, soigné à l'hôpital Cochin, en 1861; plusieurs blennorrhagies, la première en 1832, premiers symptômes de rétrécissements en 1837, l'urine coule depuis longtemps goutte à goutte quand il entre à l'hôpital; plusieurs accès de fièvre intermittente en l'absence de tout traitement et plusieurs orchites. Il est impossible de faire pénétrer une bougie dans le rétrécissement. L'endoscope le fait voir d'apparence fibroïde, blanc, avec un orifice apparent dans lequel on peut engager la pointe d'un stylet sans le franchir; enfin, après plusieurs tentatives, je passe une bougie n° 3. Ensuite, dilatation progressive interrompue bientôt par une orchite qui force de suspendre le traitement pendant dix-sept jours. Lorsque je le recommence, il faut reprendre la bougie n° 7. Après plusieurs accidents semblables qui faisaient perdre ce que j'avais gagné, je me décide à l'incision que je pratique à l'aide de l'endoscope. Je fais trois incisions de petite dimension qui permettent cependant le passage d'une sonde de 6 millim.; au bout de huit jours, je fais la dilatation, et bientôt une bougie de 8 millim. de diamètre passe facilement. Le malade sort guéri.

L'année suivante, il revint me trouver à l'hôpital Necker. Le rétrécissement, sans être revenu à ses dimensions primitives, était suffisant pour faire craindre une récidive complète. Je fis alors une seule incision plus profonde, et le malade me quitta bientôt, urinant facilement et passant une bougie d'étain de 8 millim. Je l'ai revu pendant quelque temps, et il n'y avait pas de récidive, mais depuis il a disparu de nouveau.

2° P... (Jean), quarante-deux ans, hôpital Necker, 1862, rétrécissement, suite de blennorrhagie ancienne, filet d'urine très-fin. Une bougie n° 7 est pincée fortement dans le rétrécissement. Après des tentatives de dilatation entravée par des accès de fièvre uréthrale, incision à la partie supérieure, divisant tout le tissu malade, passage d'une sonde n° 20 de Charrière. Six jours après, passage d'une bougie

Beniqué n° 20 ; on augmente chaque jour, jusqu'au n° 41, qui remplit la partie antérieure du canal ; le malade sort guéri.

3° B... (Désiré), soixante-dix ans, concierge, entré le 8 janvier 1862 à l'hôpital Necker. Blennorrhagie vingt ans auparavant ; la difficulté d'uriner n'a attiré l'attention du malade que depuis trois ou quatre mois ; elle est devenue telle qu'il n'urine que goutte à goutte et quelquefois par un petit jet filiforme ; induration sentie dans le périnée. La sonde est arrêtée dans la portion bulbeuse, impossibilité d'introduire une bougie n° 3, à extrémité fine. Après quatorze jours, introduction d'une bougie fine en baleine qui reste deux heures ; le lendemain l'état du malade est redevenu le même. Incision à l'aide de l'endoscope à la partie supérieure, écoulement de sang insignifiant, passage d'une sonde de 6 millim. 3/4 qui est laissée à demeure. Deux jours après l'opération, le malade s'expose au froid : frisson, accès de fièvre. La sonde est retirée, sulfate de quinine en lavement. Douze jours après l'incision, le malade s'introduit lui-même une bougie Beniqué qui remplit la partie antérieure de l'urèthre ; il sort guéri. Treize mois plus tard, ce malade vint se faire opérer d'une hydrocèle, et je constatai qu'il n'y avait pas de trace de rétrécissement, bien qu'il eût complétement négligé de se passer des bougies.

4° L... (Aug.), quarante-deux ans, journalier, entré à l'hôpital Necker le 8 janvier 1862. Livré depuis sa jeunesse à toute sorte de débauches, première blennorrhagie en 1837, suivie de blennorrhée et de rétrécissement ; depuis quinze ans, dysurie extrême et parfois rétention complète que le malade combat lui-même avec des bougies. Il est impossible de faire arriver une bougie très-fine jusqu'à la vessie. L'urèthre est très-douloureux au contact, et il y a des signes d'inflammation sourde de la vessie et des reins. Après avoir en vain combattu ces accidents, le 11 avril, je fais, à l'aide de l'endoscope, deux incisions à la partie supérieure. La douleur très-vive que provoque l'introduction d'une sonde m'y fait renoncer. Le 18, gonflement phlegmoneux du périnée.

Le 19, incision d'un abcès urineux, qui se transforme en fistule.

Le 12 juin, les bougies de petit volume pouvant passer depuis que les parties sont dégorgées, je fais l'uréthrotomie périnéale sur un cathéter cannelé introduit dans la vessie. Le malade sortit guéri, mais je ne l'ai pas revu.

5° T... (Pierre), soixante ans, cordonnier, entré à l'hôpital Necker le 17 février 1862. Plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse, suivies d'une blennorrhée chronique. Difficulté graduelle d'uriner qui le force à entrer à l'hôpital de Brest en 1849. Depuis trois ou quatre ans, jet très-fin qui n'est pas lancé. Après avoir franchi plusieurs rétrécisse-

ments, la sonde est arrêtée sur un dernier situé sous l'arcade du pubis et qu'aucune bougie ne peut franchir. Tentatives inutiles, et dilatation des rétrécissements antérieurs jusqu'au 3 avril; alors double incision supérieure, à l'aide de l'endoscope, dans un tissu blanc d'apparence fibreuse ou inodulaire. Passage d'une sonde élastique.

Le 10, le malade sort sur sa demande, n'ayant plus de rétrécissement et passant le n° 39 de Beniqué sans difficulté.

6° M... trente-sept ans, plâtrier, né à Dinan, entré à l'hôpital Necker en mars 1862. Blennorrhagie à dix-sept ans; blennorrhée chronique, première rétention à dix-huit ans, suivie de plusieurs autres; à la quatrième, abcès urineux. Le malade entre dans un hôpital: incision de l'abcès, ponction de la vessie, tentatives infructueuses pour passer des bougies; le malade sort avec sa fistule. En 1861, il entre dans mon service à l'hôpital Cochin. Je ne puis passer une bougie très-fine qu'après avoir ouvert l'orifice, à l'aide d'un stylet, dans l'endoscope. Interruption du traitement par une orchite. Nouvelle impossibilité de passer une bougie. Uréthrotomie à l'aide de l'endoscope; trois incisions, passage d'une grosse sonde. Bientôt une bougie de 8 millim. de diamètre put passer, et le malade sortit guéri de son rétrécissement et de sa fistule.

L'année suivante, récidive; le malade entre à l'hôpital Necker. Incision unique en haut, passage de bougies d'étain jusqu'au n° 51 Beniqué (thèse de Tillaux).

7° P... (J.), quarante ans, terrassier, entré à l'hôpital Necker le 2 septembre 1862 pour une fracture. Plusieurs blennorrhagies, suivies de blennorrhée chronique, diminution du jet d'urine; depuis dix ans, rétrécissement, plusieurs rétentions complètes. Après plusieurs tentatives, passage d'une bougie n° 7; le rétrécissement résiste à la dilatation.

Le 17 décembre, incision à l'aide de l'endoscope, à la partie supéro-latérale du rétrécissement. Dilatation à l'aide des bougies Beniqué jusqu'au n° 42.

Le 28 mars, le malade sort guéri de son rétrécissement et de sa fracture du col du fémur.

Cette année 1865, le malade est entré pendant quelque temps dans le service de M. Voillemier avec une récidive de son rétrécissement (thèse de Portella).

8° B... (Aug.), quarante-huit ans, journalier, entré à l'hôpital Necker le 21 juillet 1862. Taillé en 1820 et lithotritié en 1838; blennorrhagie prolongée en 1834. En 1843, rétrécissement traité par la dilatation progressive; récidives fréquentes. Une bougie n° 5 entre avec peine dans un rétrécissement au-devant du bulbe.

Le 23 juillet, l'endoscope fait voir un tissu blanc d'aspect fibreux, sur lequel je fais en haut deux incisions qui permettent le passage d'une bougie n° 12, qu'un rétrécissement postérieur arrête.

Le 7 avril, incision du second rétrécissement, passage d'une sonde n° 12. Bientôt le malade sort, introduisant une bougie Beniqué n° 40 (thèse de Portella).

9° B... (Louis-Joseph), soixante ans, potier de terre, salle Saint-Pierre, n° 34, entré le 30 novembre 1862. Blennorrhagie à vingt-six ans; il s'est aperçu, il y a quinze mois, d'une dysurie qui devait être ancienne. Le jour de son entrée, rétention complète; la sonde s'arrête au niveau du périnée. L'endoscope montre l'obstacle d'une couleur blanche, nacrée; une bougie conique n° 4 pénètre dans le rétrécissement sans le traverser. Après quatre mois de traitement par la dilatation, contrarié à tout moment par des accidents fébriles, j'arrive à passer le n° 32 Beniqué le 17 mars, et le malade veut sortir.

Le 21, trois jours après, le malade revient, ne pouvant uriner; le rétrécissement n'admet plus qu'une bougie très-fine, comme en commençant.

Le 2 avril, uréthrotomie à l'aide de l'endoscope, suivie de dilatation progressive; le 20, le malade sort guéri. Une bougie Beniqué n° 41 passe sans difficulté (leçons sur l'endoscope).

10° — L... (Charles), peintre, cinquante-trois ans, entré à la salle Saint-Pierre, n° 1, le 1er décembre 1862. Blennorrhagie dans la jeunesse, suivie de blennorrhée. Dysurie depuis vingt ans; pas de traitement. Rétrécissement dur, admettant une bougie n° 12 de Charrière. Uréthrotomie le 4 décembre. Le 12, le malade demande à sortir; il passe le n° 41 Beniqué.

11° D... (Antoine), commissionnaire, âgé de soixante ans, entré à l'hôpital Necker le 23 février 1863. Blennorrhagie dans la jeunesse; rétrécissement depuis trois ans. Je passe une bougie filiforme pendant trois jours; je ne puis en augmenter le volume. L'endoscope montre l'obstacle formé d'un tissu blanc, percé au centre d'un très-petit pertuis. Incision séance tenante à la partie supérieure; passage d'une bougie, qui est arrêtée plus loin par le spasme. Dans la journée, frisson, délire, vomissements, qui se dissipent d'eux-mêmes et ne reviennent pas. Les trois jours suivants, passages de bougies Beniqué jusqu'au n° 45; alors, orchite sans fièvre, qui fait suspendre le traitement pendant huit jours, au bout desquels le traitement est repris pendant huit jours encore, et le malade sort, urinant bien (thèse de M. Tillaux).

12° D..., âgé de trente-huit ans, paveur, entré le 3 juin 1863, salle Saint-Pierre, n° 11. Blennorrhagie il y a vingt ans, suivie de

blennorrhée, bientôt accompagnée de dysurie et d'incontinence d'urine. Dix ans après, abcès urineux suivi de fistule ; après plusieurs jours de tentatives dans un service d'hôpital, on parvient à passer un stylet d'argent. La dilatation dure quatre mois et demi avec de fréquents accès de fièvre, et le malade guérit de son rétrécissement et de sa fistule.

A son entrée, l'urine coule goutte à goutte par regorgement. Une bougie de 1 mill. 1/3 est introduite. La dilatation n'avançait pas. Trois semaines après l'entrée du malade, je fais l'uréthrotomie à l'aide de l'endoscope, en haut et à droite ; une grosse sonde, introduite aussitôt, s'arrête sur un second rétrécissement. Quinze jours après, j'incise par le même procédé ce second rétrécissement, qui est plus dur que le premier, et situé à 3 centimètres plus loin. Accès de fièvre dans la journée ; dilatation graduée, contrariée d'abord par un engorgement de la prostate, qui gênait le cathétérisme. Le malade, qui urine bien, sort en permission et ne rentre pas.

13° F... (Charles), trente-quatre ans, mécanicien, entré salle Saint-Pierre, n° 3, le 22 février 1864. Rétrécissement traumatique à la suite d'une chute à cheval sur une barre de fer : miction goutte à goutte. Après un mois et demi de tentatives infructueuses de cathétérisme, le malade entre à l'hôpital, où je ne suis pas plus heureux que M. Caudemont, qui l'avait traité. L'endoscope permet, après deux essais, d'introduire une petite bougie. Dilatation presque nulle, interrompue bientôt par une cystite, qui fait perdre ce que j'avais gagné.

Le 8 mars, incision dans l'endoscope, sur la partie supérieure droite du rétrécissement, suivie de dilatation, qui arrive rapidement jusqu'au n° 54 Beniqué. Le malade sort, urinant à plein jet (thèse de Portella et leçons sur l'endoscope).

14° D... (Auguste), soixante-deux ans, concierge, salle Saint-Pierre, n° 5, entré le 28 février 1864. Blennorrhagie en 1835 ; premiers signes de rétrécissement en 1852. Plusieurs traitements, suivis de récidive. Je ne puis, pendant plusieurs jours, trouver l'ouverture du rétrécissemeut. L'endoscope donne le moyen d'introduire une bougie fixe, et la dilatation est poussée, en cinq jours, jusqu'au n° 9 (Charrière). Alors, cystite, qui fait suspendre le traitement pendant quelques jours. Lorsque je le reprends, impossibilité de retrouver l'orifice sans l'endoscope.

Le 15 mars, incision en haut à l'aide de l'endoscope. Pas d'accidents. Sorti le 15 avril, miction complétement libre (thèse de Portella).

15° B... (Théodore), dix-sept ans, salle Saint-Pierre, n° 11, entré le 19 décembre 1864. A la suite d'une chute sur le périnée,

déchirure de l'urèthre, rétention qui nécessite la ponction vésicale. fistule urinaire périnéale qui guérit, mais miction très-difficile, goutte à goutte. Rétrécissement au-dessus de l'arcade pubienne, dans lequel plusieurs chirurgiens n'ont pu engager de bougie; je n'y réussis pas plus qu'eux; mais, à l'aide de l'endoscope, je découvre l'orifice, et je pratique, le 24 janvier 1865, à la partie supérieure, une incision qui permet l'introduction d'une grosse sonde.

Le 25 janvier, douleurs vives dans les muscles des cuisses, des épaules, etc.

Le 8 février, la douleur est fixée dans la fesse et la racine de la cuisse gauche.

Le 13 février, ouverture d'un vaste abcès, drainage, suppuration abondante; le malade meurt épuisé le 6 mars 1865. A l'autopsie, on trouve la fesse occupée par un vaste abcès, communiquant largement avec l'articulation coxo-fémorale, et dans lequel se trouve le grand trochanter détaché du fémur. Dans l'urèthre, on retrouve les bords de l'incision bien apparents; du reste, pas de lésion. Abcès multiples dans les poumons.

16° J... (Joseph), ébéniste, trente-quatre ans, né à Perpignan, salle Saint-Pierre, n° 7, entré le 12 décembre 1864. Chute sur le périnée à douze ans, hématurie, par suite rétrécissement, traité d'abord par la cautérisation, plus tard par la dilatation. Guérison pendant trois ans, récidive après une uréthrite. Guéri de nouveau par la dilatation, il continuait à se sonder, lorsqu'il lui survint un phlegmon urineux des bourses. Incision de l'abcès; rétrécissement en avant du bulbe, où je ne puis introduire qu'une très-petite bougie.

Le 5 janvier, uréthrotomie en haut à l'aide de l'endoscope; une grosse sonde est introduite, et rencontre un second rétrécissement, qui est incisé de même huit jours après. Sonde à demeure. Le huitième jour, frissons; la sonde est enlevée. Dilatation avec les bougies Beniqué.

Le 23 mars, incision d'une bride qui reste au niveau du rétrécissement postérieur; bientôt le n° 46 Beniqué passe facilement. De nouveaux abcès des bourses retardent la guérison; enfin, le malade sort le 22 mai n'ayant plus trace de rétrécissement et ses fistules étant guéries.

17° M... (Eugène), quarante-deux ans, chiffonnier, né à Paris, salle Saint-Pierre, n° 3, entré le 1er février 1865. Blennorrhagie ancienne, rétrécissements anciens : trois dans la région spongieuse, un quatrième dans le bulbe, dont une petite bougie ne peut trouver l'orifice. Abcès urineux qui est ouvert de suite. Après avoir dilaté

facilement les rétrécissements antérieurs, j'arrive au quatrième avec l'endoscope, et je l'incise le 11 février.

Le 28, le malade sort sur sa demande; l'urèthre admet facilement le n° 45 Beniqué.

18° R... entre à la salle Saint-Pierre, n° 29, le 10 avril 1865. Blennorrhagies anciennes, rétrécissement qui admet le n° 10 (Charrière), mais résiste à la dilatation; l'endoscope y montre un peu de granulations.

Le 13, incision endoscopique à la partie supérieure, passage d'une grosse sonde.

Le 20, douleur au périnée.

Le 29, ouverture d'un abcès du périnée sans communication avec l'urèthre, remontant sur le côté du rectum.

Le 25 mai, le malade, guéri, demande à sortir.

Vous pouvez déjà remarquer, Messieurs, que dans ces dix-huit observations il n'y a qu'un cas de mort produite par l'infection purulente ; peut-être encore pourrait-on discuter l'influence qu'a pu avoir l'uréthrotomie dans la production du vaste abcès de la cuisse avec carie de l'extrémité supérieure du fémur auquel a succombé le malade; c'est du reste le seul cas de mort que j'aie observé. Comme accidents moins graves, nous trouvons deux cas d'abcès périnéaux, l'un avec fistule qui a exigé l'uréthrotomie externe, l'autre sans communication avec l'urèthre et suivi d'une prompte guérison.

Les accès de fièvre sont venus dans quatre cas, et ont paru tenir le plus souvent à la dilatation consécutive; ils ont été sans gravité, et ne se sont reproduits chez aucun de mes malades.

Enfin, il y a deux cas de récidive constatés jusqu'ici, dont un l'a été par M. Voillemier ; j'en dois ajouter un troisième rentré ce matin dans mon service; c'est le sujet de la cinquième observation. Notons de suite que ces récidives rapides ont eu lieu dans des cas de rétrécissements traumatiques. Sont-ce les seules récidives qui aient eu lieu sur mes opérés? Je ne le crois pas, car, si je vois souvent les récidives venues à la suite des opérations de mes collègues, mes collègues, à leur tour, doivent observer celles qui arrivent à mes opérés. En effet, Messieurs, je crois exprimer l'avis de toute la Société en disant que, quelle que soit la méthode employée contre les rétrécissements, la récidive est la règle, si l'on veut n'être pas tròp facile en fait de cure radicale. Par guérison radicale on doit entendre celle qui rétablit la fonction telle qu'elle était avant la maladie, de sorte que le malade, une fois guéri, pourra terminer sa carrière, quelque longue qu'elle puisse être, sans être astreint à aucun soin, et sans que le calibre de l'urèthre diminue.

De telles guérisons, j'en connais après dilatation et après section des rétrécissements, mais j'en connais bien peu ; et je ferai observer que, pour les constater, il ne faut pas s'en rapporter au dire des malades. Si l'on veut des guérisons radicales, il faut attaquer la maladie qui produit le rétrécissement avant que celui-ci soit formé.

Après ce que je viens de vous dire, quels sont donc les avantages de l'uréthrotomie? C'est là ce que je vais étudier, non pas pour prouver qu'elle vaut mieux ou moins que la dilatation, mais pour chercher dans quels cas la dilatation doit être appliquée, et dans quels cas l'uréthrotomie lui est préférable. Il s'agit donc de poser des indications, non pas d'une manière empirique, mais, suivant les habitudes de la Société, par l'étude des lésions et des symptômes de la maladie, dans les diverses phases de son évolution.

Un des grands obstacles aux progrès de la science sur ce point a été l'habitude de considérer les rétrécissements uréthraux comme une maladie toujours la même et toujours justiciable des mêmes moyens. Il en est ainsi des rétrécissements traumatiques, mais non pas de ceux, bien plus fréquents, qui succèdent à la blennorrhagie. Dans ceux-là, pour la thérapeutique aussi bien que pour la nosologie, nous pouvons admettre trois périodes bien distinctes par la nature des altérations anatomiques et par les moyens qu'on doit leur opposer.

Après la blennorrhagie aiguë vient la blennorrhée, inflammation chronique, accompagnée et entretenue par une ulcération superficielle de nature granuleuse; c'est là la première période du rétrécissement, le rétrécissement inflammatoire chronique formé par le gonflement des parois qui perdent en même temps leur extensibilité. A cette période, ni la dilatation, ni l'uréthrotomie ne peuvent rien ; et c'est ce qui explique comment les rétrécissements récents et peu prononcés, qui se dilatent avec la plus grande facilité, reviennent plus vite qu'ils n'ont disparu. En effet, ni les bougies, ni l'instrument tranchant ne peuvent détruire l'ulcération que l'endoscope seul permet de découvrir et de traiter d'une manière rationnelle.

Dans cette période donc, il ne faut ni dilatation, ni incision, mais un traitement dirigé contre l'ulcération, et, celle-ci guérie, le rétrécissement ne revient plus. C'est alors seulement que la guérison radicale peut être assurée ; plus tard elle n'est qu'une exception.

Dans la seconde période, les altérations sont plus profondes et plus rebelles, elles persistent même après la guérison de l'ulcération, qui d'abord dominait tout le travail morbide. Les tissus sous-muqueux, infiltrés depuis longtemps, deviennent le siége d'une induration chronique, en même temps que les éléments fibreux de ces tissus, sous l'influence de l'inflammation, subissent cette rétraction fort bien dé-

crite par notre collègue, M. Guérin, et qui est analogue à la rétraction de l'aponévrose palmaire sous l'influence d'une inflammation lente.

Dans cette seconde période, la dilatation est parfaitement indiquée; elle est facile, assez rapide, et généralement ne cause aucun accident. En outre, ses résultats, s'ils ne sont pas définitifs, durent longtemps, et les récidives sont faciles à prévenir en passant une grosse bougie à de longs intervalles ; on obtient même parfois des guérisons radicales, ce qui peut s'expliquer par la résolution des indurations sous l'influence de la compression excentrique, et par le retour des éléments fibreux à leur état primitif par suite de leur distension, comme on voit disparaître par une extension méthodique les rétractions de ligaments ou d'aponévroses lorsqu'elles ne sont pas encore invétérées.

Mais, avec le temps, la rétraction fibreuse devient définitive, et les liquides plastiques infiltrés dans la muqueuse et le tissu sous-jacent s'organisent; on entre alors dans la troisième période. Les tissus malades en partie détruits, comme la conjonctive dans l'ophthalmie granuleuse, en partie persistants au milieu des tissus de nouvelle formation, font place à un tissu tout à fait analogue au tissu inodulaire; blanc, peu vasculaire, dur, élastique, rétractile, ce tissu constitue le rétrécissement organique, fibreux, que Robert appelait fibroïde, et qu'il serait, je pense, plus exact de nommer inodulaire.

Une fois arrivé à cet état, le rétrécissement est rebelle à la dilatation ; une première difficulté, parfois insurmontable, consiste à en trouver l'ouverture; puis, une fois franchi, il résiste à la bougie, et souvent il faut des jours, des semaines pour augmenter d'une fraction de millimètre. Puis ce traitement si long, si laborieux, est souvent entravé par des accidents qui forcent à le suspendre, et lorsqu'on peut le recommencer, on a perdu ce qu'on avait gagné auparavant. Mais enfin, à force de patience, on est arrivé à une dilatation suffisante, l'urine coule facilement : le malade est-il donc guéri ? Non ; cessez la dilatation, et quelques semaines, quelques jours, trois ou quatre peut-être suffiront pour faire perdre au malade le fruit de tant de patience, de dangers et de douleurs. Vous avez vu dans une des observations que je vous communiquais tout à l'heure, qu'après plusieurs mois d'un traitement qui avait produit une dilatation assez considérable, il a suffi de trois jours pour reproduire le rétrécissement.

Dans la période précédente, la dilatation guérissait le malade avec chances de récidives plus ou moins éloignées ; dans la troisième période, elle ne le guérit pas du tout, il est condamné à la dilatation con-

tinue, jusqu'à la fin de ses jours. C'est alors que l'uréthrotomie donne un secours précieux, en fournissant le moyen do remplacer par une cicatrice peu rétractile, peut-être même non rétractile dans quelques cas, le tissu inodulaire contre lequel on aurait lutté en vain par tout autre procédé. Dans cette troisièmo période donc, c'est à l'uréthrotomie qu'il faut avoir recours ; cette opération convient à tout rétrécissement fibreux ou inodulaire, et par conséquent aux rétrécissements de la partie antérieure du canal qui succèdent à la blennorrhagie cordée, accompagnée d'hémorrhagies, et qu'on peut considérer comme traumatiques.

Mais, si l'uréthrotomie est la seule ressource efficace contre tout rétrécissement inodulaire, nous devons chercher le moyen de reconnaître cette phase de la maladie. La durée du mal peut être prise en considération, mais elle ne saurait suffire au diagnostic; car il arrive qu'un rétrécissement est inodulaire au bout d'un an ou deux, quelquefois moins, et, d'un autre côté, j'ai soigné un malade dont l'affection, après onze ans, n'était qu'à la première période, et j'en ai vu un autre, que la dilatation a guéri, à plus de soixante ans, d'un rétrécissement qui n'était qu'à la seconde période de son développement, bien que son origine remontât à la jeunesse.

La chirurgie ne fournit d'autre moyen de décider la question que de tenter la dilatation; mais, pour cela, il n'est pas nécessaire de continuer l'emploi des bougies pendant bien longtemps. Si on est forcé d'employer pendant plusieurs jours une bougie avant de passer au numéro suivant, si la résistance des tissus donne la sensation d'un anneau dur, si, surtout, après avoir suspendu le traitement pendant quelques jours, on est forcé de reprendre les plus petites bougies qui passaient au commencement, alors on doit admettre que le rétrécissement est fibreux et se décider à l'inciser. Mais cette méthode entraîne des longueurs que l'endoscope peut éviter en même temps qu'il donne des indications bien plus précises. En effet, si on examine le rétrécissement fibreux avec cet instrument, on le voit d'une couleur blanche comme le tissu fibreux ou inodulaire, souvent d'un blanc nacré, et offrant l'aspect des cicatrices. Toutes les fois que, à l'aide de l'endoscope, on trouve ce caractère, on doit se décider à pratiquer l'incision; car la dilatation ne pourrait donner de résultat durable.

La nécessité de l'incision étant reconnue, à quelle méthode donnera-t-on la préférence ?

Je mettrai de côté d'abord l'uréthrotomie externe; dans une précédente discussion, on lui a reproché d'exposer à la récidive bien plus que l'uréthrotomie interne. Faite sans conducteur, c'est une méthode de nécessité qu'il faut bien employer lorsqu'on ne peut faire autre-

ment, et qu'il est inutile de discuter; avec un conducteur, je ne l'admets que dans les cas de fistules avec vastes décollements qui ne peuvent guérir qu'après avoir été incisés. C'est dans des circonstances semblables que je l'ai pratiquée, et les résultats ne sont pas de nature à m'engager à en faire usage lorsque l'uréthrotomie interne peut suffire; car, sur quatre cas, je connais trois récidives.

C'est donc à l'uréthrotomie interne qu'il faut presque toujours recourir. Je l'ai pratiquée par les différents procédés usités, c'est-à-dire *d'arrière en avant* et *d'avant en arrière*, au moyen des instruments de M. Charrière et de M. Maisonneuve, et enfin au moyen de l'endoscope qui permet d'apporter dans l'opération une précision qu'on ne saurait obtenir par aucune autre méthode.

L'incision *d'arrière en avant* ne me paraît pas mériter les reproches que lui a faits M. Perrin. Je ne l'ai jamais vue suivie d'hémorrhagies, et je crois qu'avec de l'attention on peut éviter cet accident, si surtout on n'opère que dans les cas où le rétrécissement est fibreux. Mais cette méthode demande une préparation souvent longue, difficile et même dangereuse, avant qu'on puisse faire passer l'instrument, toujours volumineux, qui sert à la pratiquer. Un autre inconvénient qui me la fait rejeter, c'est que, pendant la dilatation préalable, le tissu du rétrécissement se ramollit, devient plus souple et se coupe moins bien, de sorte que le résultat est souvent incomplet.

L'uréthrotomie *d'avant en arrière* n'a pas les mêmes inconvénients. Grâce aux instruments que nous possédons aujourd'hui, on peut la pratiquer, pourvu que le rétrécissement admette un conducteur très-fin. Mais encore faut-il un conducteur; et il est des cas où, pour lui faire la voie, il faudra des tentatives bien prolongées; il en est même où on ne pourra, quoi qu'on fasse, trouver le passage.

Pour cette opération, je pense, avec M. Perrin, que nous n'avons pas d'instrument préférable à celui de M. Maisonneuve, dont le conducteur est très-fin et qui permet, dans les cas de rétrécissements multiples, d'inciser d'un seul coup tous les obstacles, sans exposer le malade à beaucoup plus de danger que pour un seul. Cependant je dois avouer que le conducteur et la tige si frêles de l'instrument me rassurent peu, et que ce n'était pas sans crainte que je poussais avec force le tranchant sur un rétrécissement dur et résistant.

Enfin, de toutes les méthodes usitées, c'est celle-là que je préférerais, si l'endoscope ne m'en fournissait une bien plus sûre dont je parlerai tout à l'heure, après avoir examiné deux questions secondaires, mais qui ne manquent pas d'importance.

Quel que soit le procédé adopté, on doit s'occuper de l'étendue à donner à l'incision; les uns ont soutenu les petites incisions, les au-

tres les grandes, peut-être faute d'avoir une mesure exacte. Pour moi, qui n'aime pas les formules générales en chirurgie, j'adopte depuis longtemps le principe d'inciser toute l'épaisseur du tissu morbide toutes les fois que c'est possible; car, dans les rétrécissements traumatiques, cela est assez souvent impraticable, et c'est une des principales causes de leur caractère rebelle. Trop profonde, l'incision offre des dangers inutiles; trop superficielle, elle ne change pas les conditions organiques de la partie malade; elle ne substitue pas au tissu inodulaire rétractile un tissu plus souple et moins sujet à revenir sur lui-même. Il faut donc inciser, autant que possible, toute l'épaisseur du tissu fibreux et pas plus.

La seconde question est celle du point sur lequel portera l'incision. Les uns ont proposé de la diriger vers la partie supérieure du canal, les autres vers la partie inférieure. Ces points étaient déterminés par des considérations purement théoriques, faute de moyens qui permissent de chercher dans l'état local les motifs d'une détermination.

Avec l'endoscope, il n'en est plus de même; lorsqu'on voit au fond de l'instrument le point rétréci, avec son aspect cicatriciel et sa couleur blanche, et qu'on distingue l'orifice dans lequel on peut introduire un stylet, il est facile de reconnaître de quel côté le tissu fibreux a le plus d'épaisseur, et c'est dans ce point qu'il est naturel de pratiquer l'incision. On est ainsi moins exposé à l'hémorrhagie, on obtient un résultat plus considérable, et l'axe du canal ne se trouve pas changé.

L'opération, du reste, n'est pas difficile, en général, lorsqu'on est exercé au maniement de l'endoscope. Je l'ai décrit dans mes *Leçons sur l'endoscope*, auxquelles je renverrai pour ne pas abuser des moments de la Société.

Cette méthode peut s'appliquer à tous les cas; elle a, comme nous venons de le voir, l'avantage de mettre le chirurgien à même de choisir la direction dans laquelle il devra inciser, ce qu'on ne peut faire par les autres méthodes. Mais c'est surtout dans les cas où les bougies ne peuvent trouver l'orifice du rétrécissement que l'endoscope l'emporte sur les autres moyens. En effet, dans ces cas, j'ai toujours pu, jusqu'ici, introduire un stylet, le plus souvent à la première tentative, quelquefois à la seconde ou à la troisième; et, l'orifice ainsi découvert, il est facile d'y introduire la pointe du bistouri boutonné qui me sert d'uréthrotome, d'inciser les parties qui résistent et de s'arrêter dès que la résistance a cédé. Vous avez pu voir par mes observations que, dans plusieurs cas, l'endoscope m'a permis de lever des obstacles que depuis longtemps on cherchait en vain à franchir, et que j'ai pu de la sorte éviter la ponction de la vessie et l'opération si difficile et si grave de l'uréthrotomie externe sans conducteur. Aux résultats de

ma pratique, je suis heureux de pouvoir ajouter deux opérations d'uréthrotomie endoscopique pratiquées par M. le docteur Ebermann (de Saint-Pétersbourg). Une de ces opérations a été faite pour un rétrécissement qu'on n'avait pu franchir par aucun autre moyen.

Parmi les accidents qu'on a reprochés à l'uréthrotomie interne, le plus fréquent est la fièvre qui se montre par accès précédés de frissons. On y a attaché une grande importance sans distinguer les causes qui peuvent la produire; on a même dit, dans cette discussion, que tout malade qui a un frisson a été touché, mais touché par quoi? Non pas toujours, sans doute, par une affection grave. Ce qu'on doit dire, c'est que le frisson peut être causé par le trouble nerveux qui accompagne toute opération, par cette fièvre à accès intermittents qu'on a nommée fièvre uréthrale, et enfin par le début d'une infection purulente.

Le frisson du trouble nerveux suit immédiatement l'opération et se dissipe par la chaleur du lit et par l'usage de boissons chaudes. Le frisson de la fièvre uréthrale n'arrive que plus tard, souvent après le premier et le deuxième jour, et dans ce cas il n'est pas rare qu'il soit dû à la présence de la sonde à demeure; je l'ai vu en général disparaître en retirant cette sonde; en tout cas je n'ai jamais vu cet accident offrir quelque gravité, et il cède facilement au sulfate de quinine, Cette fièvre uréthrale, du reste, n'est pas particulière à l'uréthrotomie, la dilatation la cause fréquemment, et les efforts d'une miction difficile suffisent parfois pour la produire en l'absence de tout traitement. Dans ces cas elle doit engager à pratiquer l'incision qui souvent la fait disparaître.

Enfin le frisson de la fièvre purulente ne vient jamais qu'après plusieurs jours, lorsque la suppuration a pu s'établir; il ne présente ici rien de particulier, et ne peut pas plus être prévenu qu'après toute autre opération. Heureusement cette complication est rare.

Je dirai peu de chose de l'hémorrhagie, que je n'ai jamais observée, peut-être à cause de l'attention que j'ai généralement de n'inciser que dans les tissus fibroïdes et de ne pas dépasser leurs limites, car cet accident me paraît dû, surtout, aux incisions trop profondes ou à celles qui portent sur des tissus encore vasculaires.

Les abcès, l'infection purulente, ne sont-ils pas dus aussi, le plus souvent, à ce que l'incision a porté sur des tissus enflammés? Dans ce cas l'endoscope pourrait peut-être diminuer le nombre de ces accidents en permettant de juger *de visu* l'état des parties.

En résumé, l'uréthrotomie est applicable à la dernière des trois périodes de l'évolution des rétrécissements.

Lorsque les rétrécissements sont fibreux ou inodulaires, elle donne des résultats bien préférables à ceux de la dilatation.

Dans les deux premières périodes, elle ne doit pas être appliquée.

L'uréthrotomie externe sur un conducteur doit être réservée pour les cas de rétrécissements avec fistules compliquées de vastes décollements. L'uréthrotomie externe sans conducteur ne doit s'appliquer qu'aux cas où, par aucun autre moyen, on ne peut trouver l'orifice du rétrécissement.

L'uréthrotomie interne, d'arrière en avant, a l'inconvénient de demander une longue préparation dans les cas où elle peut être utile, et de donner des résultats moins complets que les méthodes suivantes.

L'uréthrotomie d'avant en arrière n'a pas les mêmes inconvénients, elle peut être appliquée à des rétrécissements très-étroits sans dilatation préalable, mais il y a encore des cas où elle demande une préparation longue et difficile.

Enfin l'endoscope permet de saisir des indications qu'on ne peut trouver sans lui, et, dans certains cas, de décider l'opération à première vue, de choisir le point le plus favorable à l'incision et de l'inciser avec sûreté; mais c'est dans les cas où il est impossible de trouver le passage avec les bougies qu'il présente le plus d'avantage, car il donne alors le moyen de trouver l'orifice du rétrécissement et de l'inciser immédiatement. Il m'a déjà permis plusieurs fois d'éviter l'uréthrotomie externe sans conducteur; il en a été de même pour un des malades de M. le docteur Ebermann, et je crois pouvoir espérer qu'il la rendra extrêmement rare, ainsi que la ponction de la vessie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Ankylose incomplète de la mâchoire inférieure.

M. LABBÉ présente un jeune malade, âgé de dix ans, qui, à la suite d'une chute sur le menton, faite à l'âge de cinq ans, a été atteint d'une ankylose incomplète de la mâchoire inférieure. Il ne peut ouvrir la bouche; l'écartement des dents incisives est d'environ un millimètre et demi, c'est à travers cet espace si étroit que l'enfant introduit ses aliments; il doit déployer beaucoup de patience pour faire pénétrer la quantité de substance nécessaire à son alimentation; mais du reste il se nourrit assez bien et son état de santé générale est satisfaisant. L'enfant parle assez bien, et l'on peut facilement le comprendre.

Lorsqu'on presse fortement sur la mâchoire inférieure, on détermine quelques mouvements d'abaissement incontestables, mais extrêmement limités. Les condyles du maxillaire inférieur font une saillie tout à fait anormale, ils paraissent très-volumineux; les apophyses

coronoïdes paraissent également un peu plus saillantes : tout le corps du maxillaire inférieur a subi un arrêt évident de développement.

Y a-t-il eu là une luxation des condyles ? ou bien les surfaces articulaires auraient-elles été le siége d'une arthrite consécutive à la violente contusion qui a eu lieu il y a cinq ans ? M. Labbé avait songé à la première hypothèse, à cause de la saillie des condyles ; cependant il n'avance cette opinion qu'avec réserve.

Les parents du malade réclament instamment une opération. Si M. Labbé se décide à agir, il serait disposé à faire la dilatation forcée, à ouvrir violemment la bouche après avoir préalablement endormi le malade par le chloroforme; puis, le cas échéant, à pratiquer l'opération d'Essmarck ou celle que M. Richet a proposée.

M. DOLBEAU croit qu'il s'agit ici d'une arthrite temporo-maxillaire traumatique ayant amené l'atrophie des muscles qui meuvent la mâchoire. Il propose la dilatation forcée après chloroformisation.

M. BROCA pense que la dilatation forcée échouera, et que l'on sera obligé de recourir à l'opération d'Essmarck.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que notre collègue M. Bauchet est atteint d'un phlegmon érysipélateux de l'avant-bras compliqué d'un état général grave qui donne beaucoup d'inquiétude. J'espère, ajoute-t-il, vous donner de meilleures nouvelles dans la prochaine séance.

LECTURE.

M. DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant, donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur deux cas de hernie étranglée.*

Les deux observations que j'ai l'honneur de soumettre à la Société ont trait à la hernie étranglée, affection dont l'importance pratique justifiera, je l'espère, la courte relation que je me propose d'en donner. Elles offrent d'ailleurs certaines particularités que je crois dignes

d'attention, et, sans avoir ce cachet d'originalité qu'on serait tenté d'exiger de toute observation nouvelle, se prêtent néanmoins à quelques considérations utiles.

Obs. I. — Ce fait se rapporte à une femme de cinquante-cinq ans, auprès de laquelle on me fait appeler le 1er janvier 1865. La hernie crurale droite dont elle est atteinte remonte à cinq ou six ans environ et n'a jamais été contenue par un bandage. Aucune cause particulière n'a pu être assignée à la production *de cet effort ;* notre malade n'a eu qu'une grossesse remontant à une trentaine d'années, et n'a jamais remarqué la plus petite tumeur dans l'aine jusqu'à l'époque que je viens d'indiquer.

Cette hernie, parfaitement réductible dans les premiers temps, n'a commencé à rentrer d'une manière incomplète qu'il y a deux ans environ ; toutefois, elle n'a jamais donné lieu au moindre accident jusqu'à ces derniers jours.

C'est le 29 décembre dernier que, à la suite d'efforts de toux violents et répétés, apparaissent les premiers symptômes d'étranglement : augmentation de volume de la tumeur, impossibilité absolue de la faire rentrer malgré des tentatives réitérées faites par un autre médecin ; vomissements alimentaires d'abord et puis bilieux, absence de garde-robes, etc., etc.

Au moment où je vois la malade pour la première fois, trois jours complets après le début des accidents, je note déjà les signes initiaux de la période de gravité : facies grippé et cyanosé, pouls filiforme, refroidissement des extrémités, matières vomies de couleur vert foncé, quoique pas encore d'odeur fécaloïde ; la tumeur a la moitié du volume du poing. A mon tour, j'essaye le taxis, mais pendant quelques minutes seulement et par des pressions modérées, et je n'obtiens pas la moindre réduction ; me trouvant seul auprès de la malade, dont je redoute d'ailleurs la faiblesse si prononcée, je n'ose pas recourir au chloroforme. Sachant, d'autre part, que plusieurs purgatifs avaient été administrés sans succès, je prescris simplement des cataplasmes émollients, et je remets l'opération à l'après-midi.

A trois heures, je procède à cette dernière avec l'assistance de mes excellents confrères MM. Lacoste et Lanacastets, et, pour éviter les ennuis d'une description inutile, je me bornerai à dire que tout va bien jusqu'à l'ouverture du sac ; il s'écoule environ un petit verre à bordeaux d'un liquide sanguinolent. Les organes herniés ainsi mis à découvert, j'ai quelque peine à en déterminer la disposition. Une masse épiploïque épaisse adhère en effet solidement à la face interne du sac et en occupe la capacité presque tout entière. Ce n'est qu'après l'avoir détachée péniblement de cette surface interne et l'avoir con-

tournée avec le doigt que je découvre profondément une petite anse intestinale coiffée de tous côtés par l'épiploon et unie à ce dernier par de faibles adhérences. Trouvant alors distinctement l'anneau fibreux qui étreint fortement l'anse herniée, je glisse entre les deux et avec la plus grande précaution un long bistouri d'A. Cooper, et le débridement que je pratique en deux points s'opère sans difficulté. Tenant à m'assurer de l'état de l'intestin, je cherche à l'attirer au dehors par des tractions ménagées; mais, en raison du volume excessif de l'épiploon, je suis très-gêné dans cette manœuvre, et je me borne à examiner la seule surface de l'intestin qui fait saillie dans le sac. Cette surface me paraissant *parfaitement saine*, je renonce à attirer plus avant l'intestin, dont la rentrée me semble devoir exiger un certain temps et causer de nouvelles fatigues à la patiente déjà exténuée par les manœuvres précédentes. Je repousse donc l'anse herniée dans la cavité abdominale et l'accompagne du doigt jusqu'à l'orifice de l'anneau crural. Quant à l'épiploon, déjà malaxé dans tous les sens, je l'excise à un travers de doigt de l'orifice débridé, et je réunis par première intention.

En raison de la toux opiniâtre qui fatigue encore la malade, je prescris une potion avec 30 grammes de sirop diacode; aussi la première garde-robe n'a-t-elle lieu que le 3 janvier, près de quarante-huit heures après l'opération.

Dès le 6 janvier apparaît sur les bords de la plaie et sans réaction générale une légère rougeur, comme érysipélateuse, qui fait à peine quelques progrès les jours suivants. Cette inflammation cutanée n'est autre chose que la propagation d'un travail éliminatoire plus profond qui s'accomplit sur l'intestin lui-même et aboutit à la formation d'une fistule stercorale.

Celle-ci s'établit pour la première fois le 10 janvier, et donne issue pendant quelques jours à une quantité assez notable de liquides biliaire et pancréatique mêlés d'aliments digérés et sans odeur fécaloïde; mais, à partir du 18, le liquide intestinal issu de la plaie commence à diminuer, et se tarit de jour en jour jusqu'à la disparition complète de la fistule, survenue le 26 janvier.

Ce n'est qu'à ce moment que je permets à la malade de se lever pour la première fois, et j'ai eu toute la peine du monde à la retenir aussi longtemps. Tout en lui accordant la faculté de se lever, je lui recommande pourtant les plus grands ménagements, malgré la conviction que j'ai d'avoir obtenu une complète guérison.

Je passe plusieurs jours sans voir mon opérée, me reposant dans une entière sécurité, lorsqu'elle me fait appeler le 5 février. Je la trouve en proie à tous les symptômes d'une péritonite aiguë : ballon-

nement du ventre, pouls petit et misérable, face cyanosée, etc.; l'état général paraît des plus alarmants. Comme elle accuse en même temps une douleur abdominale des plus vives, je ne doute pas un seul instant de l'existence d'une péritonite par épanchement stercoral, et je prescris le seul traitement qui me semble devoir procurer un peu do soulagement, à défaut d'une guérison dont je perds tout espoir dès le premier moment; je prescris donc 20 centigr. d'extrait d'opium en quatre pilules (deux pilules en premier lieu et deux autres une heure après). Un soulagement marqué suit, en effet, de près l'administration de ces pilules, et la malade tombe dans un état de demi-somnolence dont elle ne sortirait guère sans l'apparition par intervalles éloignés de vomissements verdâtres et survenant sans douleur. Mais les forces s'anéantissent de plus en plus, et, après une lente agonie, mais sans souffrance, cette pauvre femme succombe le 7 février au soir.

Le lendemain, vingt-quatre heures après la mort, je pratique l'autopsie pendant la nuit et comme à la dérobée. Les parents avaient beaucoup répugné à me la laisser faire, et je suis forcé d'agir avec la plus grande diligence. Si je donne ce détail, c'est pour expliquer les omissions nombreuses qu'a dû nécessairement comporter un examen aussi rapide. Aussi me suis-je borné à rechercher certains points essentiels; quant aux constations ainsi obtenues, je puis les donner en toute certitude sans crainte de m'être trompé.

Après avoir soulevé avec précaution la paroi abdominale, j'aperçois sur toute la masse intestinale une couleur rouge sombre, indice d'une inflammation récente et générale; çà et là, sur les plis formés par le mésentère et l'intestin, se distinguent de petites collections de pus demi-crémeux. Au lieu de présenter cet aspect poli et luisant qui lui est propre, la séreuse, tant pariétale qu'intestinale, est terne, dépolie et comme chagrinée. En soulevant avec précaution la masse des intestins, je trouve sur tout le pourtour de l'anneau crural une adhérence intime de deux ou trois anses, et je découvre dans le petit bassin une collection purulente qui remplit à peu près la moitié de l'excavation pelvienne. Le pus a le même aspect que celui déjà signalé et se trouve répandu par nappes à la surface de l'intestin; il est partout jaunâtre, homogène, et sans le moindre mélange de liquide intestinal.

Avant de chercher à rompre les adhérences, et pour mieux m'assurer du siége d'une perforation s'il en existe, je désunis avec le doigt les lèvres de la plaie, et j'arrive ainsi, après d'assez grands efforts, jusqu'à l'anneau crural. Le doigt ainsi parvenu dans la cavité de l'intestin, j'écarte les anses adhérentes et les tiraille même avec assez de

force sans qu'il tombe une seule goutte de liquide intestinal à la surface du péritoine, et ce liquide jaillit au contraire abondamment au dehors de la plaie au moindre écartement du doigt indicateur. Ainsi donc, c'est bien à une péritonite simple et non à une péritonite par perforation que nous avons eu affaire.

Afin de déterminer le siége approximatif de l'ancienne fistule stercorale, j'ai mesuré, à partir de l'anneau crural, la distance de l'anse malade, parfaitement reconnaissable à sa couleur, la distance de cette anse au cœcum, d'une part, et au duodénum, de l'autre. Ici j'ai pris une mesure arbitraire et nullement propre à fournir des données bien précises; j'ai suivi, en effet, l'intestin tant du côté du bout supérieur que du bout inférieur, et j'ai pincé le tube intestinal à des distances aussi égales que possible à la simple vue. En procédant ainsi, j'ai trouvé quatorze de ces mesures (environ 10 centimètres chacune) jusqu'à la troisième portion du duodénum, et seize jusqu'à la valvule iléo-cœcale.

On voit donc que l'anse herniée occupait à peu près le milieu de la longueur de l'intestin, et ce résultat doit être bien près d'être exact, quoique fourni par une mesure grossière, car l'erreur commise d'un côté a dû se balancer par une erreur à peu près semblable de l'autre côté.

Je dois ajouter en terminant que le doigt indicateur, en traversant la plaie faite pendant l'opération, distinguait très-nettement le siége de l'ancien étranglement. Or cette partie, relativement rétrécie, quoique assez large pour laisser passer une anse intestinale, se trouvait à 2 ou 3 centimètres en avant de l'anneau crural.

Un premier enseignement qui ressort de ce fait, c'est qu'il faut, chaque fois que la chose est possible (et elle le sera presque toujours), il faut examiner avec soin l'intestin avant de le faire rentrer. C'est là sans doute une conclusion qui n'est pas bien neuve. et qu'a déjà fait ressortir avec plus d'autorité la discussion soulevée dans cette enceinte par la communication de M. Bauchet (1). Mais on n'en doit pas moins rappeler les faits qui la rendent légitime, et on ne saurait, je crois, en trouver de plus probant que celui dont je viens de retracer brièvement les circonstances. L'intestin paraissait, en effet, parfaitement sain, et c'était sans doute au niveau de l'anneau constricteur que siégeait une petite eschare qu'un examen complet m'aurait sans doute permis de reconnaître.

Il est une objection que je tiens pourtant à prévenir et qu'on serait

(1) Voy. *Bull. de la Soc. de chir.*, t. II (2e série), p. 129, séance du 20 février et suiv.

peut-être tenté de me faire, en s'appuyant, dans le cas actuel, sur l'absence d'accidents lors de la formation de la fistule stercorale. Il est bien probable, en effet, que je n'eusse pas obtenu un résultat meilleur ou plus prompt, soit que j'eusse fixé l'anse intestinale dans la plaie, soit que j'eusse cerné la petite portion gangrenée par une ligature perdue ou ramenée au dehors. Mais c'est là un argument sans valeur pour établir une règle de pratique générale et qui atteste simplement des ressources très-grandes de la nature, ressources dont nous ne disposons d'ailleurs en aucune façon. La *sécurité*, tel doit être le but principal de nos efforts en chirurgie, et ce n'est pas l'atteindre que de confier au hasard l'action préventive d'une complication possible et de nature à entraîner la mort en quelques heures. Autant vaudrait s'en fier à la nature du soin d'établir un caillot protecteur dans une artère tant soit peu volumineuse, dont le bout récemment sectionné se dérobe un instant à nos recherches. Au reste, je crois inutile d'insister plus longuement sur ce point, et je renvoie à la discussion si savante et si complète de mon excellent maître M. Verneuil (1), discussion d'où ressort avec tant d'évidence la valeur d'une pratique qui ne saurait que perdre à être défendue par moi.

Quant aux accidents tardifs qui ont emporté la malade et qui sont tout à fait indépendants de l'opération pratiquée, je les attribuais à tort à un épanchement stercoral produit par une rupture d'adhérences. Les détails de l'autopsie et les renseignements que j'ai pu recueillir dans la suite m'ont permis d'assigner à ces accidents la cause vraie de leur production. Il s'agissait d'une péritonite simple, ayant pour point de départ l'anse herniée et due sans aucun doute à un tiraillement excessif des adhérences récentes. J'ai appris, en effet, que, peu de jours avant sa mort, la malade, cédant à son activité naturelle, s'était beaucoup fatiguée par des mouvements intempestifs, et que, notamment, elle avait passé une grande partie de la journée du 3 février debout sur une chaise et occupée à replacer du linge dans une armoire élevée. C'est après une semblable fatigue qu'elle a ressenti les premières atteintes d'un mal qui devait lui être si promptement funeste et dont elle n'a pas osé me révéler la cause.

A défaut de ce renseignement, j'attribuais les accidents en question à une péritonite suraiguë, dont, je dois le dire, je ne trouvais pourtant pas tous les caractères. Je n'avais jamais vu, pour ma part, une péritonite simple survenir en pleine guérison et à une époque aussi éloignée de l'opération, et pourtant les faits de ce genre ne doivent pas être très-rares; car, outre le cas de cet étudiant en médecine dont

(1) *Loc. cit.*, p. 198.

parlent MM. Richet et Velpeau (1), j'en ai trouvé d'autres mentionnés dans un excellent article de M. le docteur Chapel, de Saint-Malo (2). Dans le fait qu'il rapporte, le malade, âgé de trente-trois ans et opéré le 21 avril 1845 par M. le docteur Béhier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, se trouve complétement guéri au commencement de juin. Ce n'est que deux mois plus tard que débutent les premiers symptômes d'une péritonite chronique et latente, qui fait périr le malade le 7 octobre suivant, et dont le point de départ aurait été dans l'anse herniée elle-même. M. Chapel cite un passage d'une thèse de concours de M. Gosselin où se trouvent mentionnés deux autres cas d'accidents tardifs, l'un appartenant à Aug. Bérard et l'autre à M. Nélaton. Ne pouvant pas me livrer à des recherches suffisantes sur ce point, je laisse à d'autres le soin de dresser un inventaire complet des faits de ce genre. Je me borne en attendant à tirer des précédents cet autre enseignement, c'est que nous devons suivre longtemps nos malades avant de les déclarer définitivement guéris, et nous tenir en garde contre la possibilité d'accidents tardifs d'autant plus redoutables qu'ils viennent nous surprendre dans la joie du succès.

Obs. II. — Peu de jours après la mort de cette pauvre femme, mon confrère, M. le docteur Lanacastets me fait appeler le 10 février 1865 auprès d'une seconde malade qu'il avait vue la veille pour la première fois, et dont le traitement avait été jusque-là confié en d'autres mains. Cette femme, veuve et sans enfants, âgée de soixante ans, porte une petite hernie crurale depuis deux ans et ne s'est jamais servie de bandage. Il y a un an que la hernie est devenue *complétement irréductible,* sans occasionner d'autres troubles qu'un peu de douleur locale par intervalles et une constipation habituelle, persistant parfois pendant cinq et six jours. La tumeur que je constate à l'aine droite offre bien, à ne pas s'y méprendre, les caractères et le siége d'une hernie crurale, elle est en outre pourvue d'un pédicule profond que le toucher permet de distinguer. Mais, quoiqu'assez tendue, elle est tout à fait indolente, si ce n'est à une pression un peu forte, est revêtue d'une enveloppe cutanée normale et offre à peu près la grosseur d'un œuf de poule. Jusqu'à ces derniers quinze jours, elle était moitié moindre et n'a acquis rapidement ce volume qu'à la suite d'un redoublement d'efforts de toux ayant débuté plusieurs semaines auparavant. Pendant *ces quatorze derniers jours complets* (et je me fais répéter ce chiffre plusieurs fois), la malade n'a pas eu une seule garde-robe

(1) Voy. *Bull. de la Soc. de chir., loc. cit.,* p. 155 et 176.

(2) Voy. *Journ. de chir. de M. Malgaigne,* t. IV, p. 37, 1846.

et n'a pas expulsé le moindre gaz par l'anus. Ce n'est guère que cinq ou six jours après cet accroissement subit de la tumeur qu'ont apparu les premiers vomissements, et encore ces derniers ont-ils été assez rares jusqu'au douzième jour. Le taxis et divers purgatifs ont été essayés sans succès à plusieurs reprises. Le ballonnement du ventre qui a toujours été en augmentant depuis le début des accidents est aujourd'hui excessif; on entend un gargouillement très-fort dans les intestins, dont les anses en se contractant se dessinent sous la peau. L'état général est loin d'être en rapport avec cette longue durée des accidents et ne dénote pas encore une trop grande déperdition de forces. Le pouls est régulier, quoique un peu faible, bat de 90 à 100; il n'y a ni hoquet ni face grippée. On remarque seulement de fréquentes éructations et, à des intervalles de deux à trois heures, des vomissements bilieux de couleur vert foncé et d'une odeur qui commence à peine à rappeler celle des matières fécales.

Le 10 février, vers midi, jour de notre première entrevue chez la malade et quinzième jour de l'étranglement, nous prescrivons dix sangsues sur la tumeur, après avoir inutilement renouvelé quelques entativ es de taxis. Un grand bain de deux heures est donné sans plus de succès dans l'après-midi.

J'attends encore jusqu'au lendemain matin; mais, voyant que les vomissements se répètent à de plus courts intervalles et acquièrent une odeur fécaloïde plus prononcée, que le pouls diminue de force en augmentant de fréquence, remarquant enfin une notable aggravation de l'état général, je me décide à pratiquer l'opération séance tenante, tout ayant été disposé et concerté d'avance avec MM. Lanacastets et Lacoste.

Après une incision transversale et une courte dissection, j'arrive facilement sur le sac que j'ouvre largement sur une sonde cannelée et dont je retire deux cuillerées à bouche environ d'une sérosité rougeâtre. Je suis frappé par la grande épaisseur des parois du sac, dont la coupe mesure bien près d'un millimètre, et en écartant les deux lèvres données par l'incision, j'arrive sur l'intestin dont je mets à découvert une surface à peine un peu plus grande que celle d'une pièce de cinq francs. Cette surface blanchâtre, revêtue de dépôts plastiques anciens et ne rappelant en aucune façon la surface rouge et vasculaire de l'intestin, est limitée suivant une circonférence tout entière et assez régulière par des adhérences très-intimes avec l'intérieur du sac. J'ai beau parcourir cette ligne d'union dans tous les sens, et nulle part je n'aperçois le plus petit pertuis qui admette l'extrémité mousse d'un fin stylet de trousse. Voyant très-nettement et sous un jour des plus favorables la disposition que j'indique, je cherche à dis-

séquer en deux ou trois points et à la profondeur de 0,002 ou 0,003 mill. les adhérences solides qui unissent le sac et l'intestin. Mais je ne parviens pas à la limite profonde de ces adhérences, le stylet ne peut pas dépasser la voie tracée par le bistouri, et je renonce à poursuivre une dissection dont je ne puis pas prévoir les bornes. J'ai à peine besoin d'ajouter que cet essai de dissection est conduit avec la plus grande prudence, et que la pointe de l'instrument chemine toujours entre le sac et l'intestin.

En présence de ces difficultés, j'isole de mon mieux la surface extérieure du sac des tissus environnants, et je pratique sur cette surface extérieure deux petites incisions longitudinales et peu profondes, me proposant ainsi de retrouver la cavité libre du sac au delà des limites des adhérences, et je ne renonce pas à l'espoir de détruire ces dernières, si l'introduction d'un stylet explorateur, devenant possible, vient à me fixer sur leur étendue précise. Mais, après avoir ainsi entamé le sac jusqu'à près d'un millimètre de profondeur et en deux points assez éloignés, mais toujours au delà de la ligne d'union déjà indiquée des adhérences, je cherche en vain à faire cheminer le stylet entre ce dernier et l'intestin.

L'embarras ne faisant que croître, je veux au moins m'assurer que la cavité dans laquelle je suis parvenu est bien le vrai sac et non un kyste accidentel. C'est dans ce but que je pique légèrement avec la pointe du bistouri la surface blanchâtre dont j'ai parlé plus haut, et que je n'avais cessé de prendre pour la surface externe de l'intestin. Un jet de liquide intestinal fait bien vite cesser tous mes doutes : c'était bien à l'intestin que j'avais affaire, à l'intestin étroitement uni au sac de tous côtés par des adhérences anciennes et jusqu'à une hauteur tout à fait indéterminée.

Je laisse alors écouler par l'incision une petite quantité de matières fécales qui avaient la consistance d'une bouillie épaisse ; puis, après avoir posé une ligature sur tout le pourtour de cette petite incision, je suis avec le doigt indicateur la surface extérieure du pédicule de la hernie et ne tarde pas à rencontrer un anneau fibreux résistant qui étreint avec assez de force la portion du sac la plus rétrécie. Je pratique alors un double débridement sur cet anneau constricteur, de façon à pouvoir faire pénétrer librement les deux premières phalanges presque entières du doigt indicateur ; ce débridement n'intéresse donc en aucune façon le pédicule du sac.

Pour empêcher enfin la hernie de rentrer en totalité dans la cavité abdominale tout en lui permettant cependant de s'y engager en partie, je fixe à chaque extrémité d'un même diamètre du sac une anse de fil dont le milieu s'attache à la paroi du sac, et dont les extrémités

traversent à près de 0,01 cent. l'une de l'autre la lèvre correspondante de l'incision cutanée. Au lieu d'être serrés fortement, de manière à opérer le rapprochement du sac et de la peau, ces fils sont fixés en dehors par un double nœud qui se trouve à 0,04 ou 0,05 cent. du sac. Ce dernier peut ainsi parcourir un certain chemin en arrière, pas assez grand cependant pour entrer librement dans la cavité abdominale. D'où il doit résulter qu'un épanchement qui se ferait par la petite perforation intestinale se ferait jour dans le sac et dans la plaie, et nullement dans le péritoine. Quant à la ligature qui ferme le petit pertuis fait à l'intestin, j'en laisse un des bouts flotter librement au dehors de la plaie. Je réunis celle-ci par un seul point de suture, pour faciliter la libre expulsion des matières fécales, dans le cas où ce même pertuis viendrait à s'ouvrir.

Je crois inutile d'insister en détail sur les suites qui sont des plus heureuses. Dix à douze heures après l'opération, arrive un vrai déluge de matières fécales, *huit garde-robes dans la soirée et huit autres le lendemain*. — *Le 16, au matin*, en faisant le pansement, je vois le fil de la perforation intestinale se détacher de lui-même, sans que j'exerce la plus petite traction : il y avait juste cinq jours pleins depuis l'opération. — *Le 18 février*, je retire les deux autres fils fixés au sac et à la peau, et la cicatrisation s'accomplit très-régulièrement et sans le moindre accident. A mesure que la plaie se ferme et que la suppuration diminue, j'assiste à une véritable *rentrée chronique de la hernie*, à tel point que vers les premiers jours de mars, la tumeur ne fait plus de saillie au-dessous de la peau.

J'ai retenu la malade au lit pendant près de cinq semaines en tout, et aussitôt que la cicatrice m'a paru assez solide, je lui ai fait porter un bandage qui maintient très-bien la hernie. Le bandage enlevé, celle-ci reparaît bien sous l'influence d'un effort et semble même sortir de l'abdomen avec une base plus large; mais elle rentre sous l'influence d'une très-faible pression, se trouve transformée en une hernie réductible d'un maintien facile et ressemble au commun des hernies crurales. J'ai revu la malade le 30 mai dernier, près de quatre mois après l'opération, et j'avais peine à la reconnaître, tant elle avait repris des forces et de l'embonpoint. Elle a remarqué une notable amélioration dans l'accomplissement des fonctions digestives et n'est plus tourmentée par le retour fréquent d'éructations pénibles ou d'une constipation opiniâtre.

Tel est ce second fait qui m'a singulièrement embarrassé, et pour le traitement duquel j'ai dû puiser dans mes propres inspirations, ne trouvant dans mes souvenirs de lecture ou d'hôpital aucun fait semblable qui pût me guider. Le premier jour où j'ai vu la malade, j'a-

voue qu'en dépit de l'évidence des signes observés, je n'osais pas accepter d'emblée la supposition d'un étranglement herniaire, et je me demandais si ces accidents ne pouvaient pas être attribués à un volvulus ou à toute autre variété d'étranglement interne fortuitement développé chez une femme atteinte déjà d'une hernie irréductible. Tout en inclinant vers l'idée d'une tumeur herniaire, à la fois irréductible et étranglée, je trouvais matière à bien des doutes, en songeant à l'indolence à peu près complète de la tumeur sans gangrène appréciable, à la marche lente des accidents et à la déperdition relativement assez peu marquée des forces de la malade. L'absence de toute contention antérieure me confirmait encore dans ces doutes, bien qu'il fût à ma connaissance que l'étranglement s'observe quelquefois dans des hernies crurales non maintenues. Le dirai-je enfin? Les difficultés opératoires que j'attendais me poussaient, comme malgré moi, à rejeter l'idée d'un étranglement herniaire, ou tout au moins à suspendre mon jugement. Sous l'empire de ces hésitations, j'ai voulu me donner le loisir de la réflexion pendant les quelques heures que le mal devait certainement nous laisser, et je suis loin de le regrettor aujourd'hui; car, cette réflexion aidant et la marche plus rapide des accidents venant dissiper tous mes doutes, j'ai pu agir le lendemain avec plus d'assurance et de liberté d'esprit.

Ce n'est pas la lenteur de l'étranglement qui donne le plus d'intérêt à cette observation; car, sans être fréquents, les cas de ce genre se sont présentés parfois à l'observation des chirurgiens. Voici ce que dit en effet M. Gosselin dans ses *Leçons sur les hernies abdominales* (1) : « Quelquefois l'étranglement est essentiellement lent, et l'on est étonné de voir l'intestin résister si longtemps à la perforation et le péritoine supporter sans s'enflammer une pression circulaire aussi sérieuse que celle que le doigt rencontre au moment de l'opération. » Suit le détail de deux observations dans l'une desquelles l'étranglement remontait à *dix jours* avant l'opération et dans l'autre à *vingt-cinq*. Dans la *Revue médico-chirurgicale* (2), je trouve un cas d'étranglement remontant à *dix jours*, et rapporté par M. le docteur Heulhard d'Arcy. Un autre, beaucoup plus extraordinaire, est mentionné en détail dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (3), et appartient à M. Steinbrenner; l'étranglement dans ce cas datait de vingt-huit jours!

---

(1) Leçons recueillis par mon ami et ancien collègue d'internat, le docteur Léon Labbé. — *Voy.* p. 407. — Paris, 1865.

(2) *Voy.* p. 20, t. XIV; 1853.

(3) *Voy.* p. 63, t. X; 1844.

Des recherches plus étendues en feraient sans aucun doute découvrir de semblables, et ce n'est pas, je le répète, dans la lenteur de l'étranglement que réside le principal intérêt de mon observation. Ce qui en constitue surtout la rareté, c'est le fait d'un étranglement survenu dans une hernie déjà irréductible. J'ai bien le droit, en effet, de croire à cette rareté, puisque M. Gosselin, malgré sa grande pratique, dit (1) : « Pour mon compte, je n'ai pas encore eu l'occasion de voir « un étranglement dans une hernie irréductible depuis longtemps, « par suite d'adhérences. » Et, plus loin, il déclare n'avoir guère trouvé qu'un cas probant de hernie irréductible compliquée d'étranglement, ce fait appartient à Arnaud, qui l'a consigné dans la dix-septième observation de son *Traité des Hernies*. Je crains bien toutefois que cette rareté ne soit pas admise par tous les chirurgiens; car, sans regarder ces faits comme fréquents, M. Richet, auquel je racontais tout récemment les détails de mon observation, m'a affirmé en avoir rencontré un certain nombre offrant les mêmes adhérences anciennes et étendues, et se rapportant à de véritables hernies étranglées.

Après le succès que j'ai obtenu dans ce cas, ce qui m'a le plus satisfait, je l'avoue, c'est de voir M. Gosselin lui-même conseiller, quoiqu'en termes un peu courts, la ligne de conduite que j'ai suivie. Voici ce qu'il dit en effet, page 73 : « *Si l'étranglement était démontré*, « *il faudrait débrider sans réduire*. » Ce précepte concis demande, je crois, quelques commentaires. Si on n'a aucun moyen d'apprécier exactement les limites des adhérences, ou, qu'après avoir découvert ces limites, on les trouve trop étendues, il me semble, en effet, qu'on doit se borner à *débrider sans réduire*. Mais, si on pouvait acquérir la certitude que ces mêmes adhérences, sans se prolonger au delà d'une faible étendue, sont de nature à être détruites par une dissection attentive et à ciel ouvert, il me paraîtrait infiniment préférable de les rompre, pour pouvoir réduire l'intestin. C'est là du moins ce que j'ai cherché à faire avant de me décider à laisser l'intestin en place, et, si j'ai renoncé à mon premier projet, c'est pour ne vouloir rien faire au hasard, incertain que j'étais de l'étendue des adhérences.

Quant à la question de savoir où doit porter le débridement, elle ne laisse pas encore que d'être fort embarrassante. Si je ne craignais d'être trop vrai, je dirais qu'il doit porter sur l'agent constricteur, ce qui du reste n'avancerait guère la solution; car il n'est pas toujours possible de déterminer, dans tel cas donné, si l'étranglement est causé par le collet du sac ou par un orifice fibreux. Ne doit-on pas, dans ce

(1) Voy. *loc. cit.*, p. 61.

cas, profiter des données de l'expérience et se laisser guider par les plus grandes probabilités? C'est là du moins ce que j'ai fait pour ma part. Or, dans le cas de mon opérée, qui était atteinte d'une hernie *crurale*, il était à présumer que l'étranglement était produit par le passage d'ouverture du *fascia cribriformis* (1). Voilà pourquoi j'ai été à la recherche de cet anneau fibreux, en suivant la face extérieure du collet du sac, et l'on a vu comment cet examen m'a permis de découvrir le vrai siége de l'étranglement. Cet anneau constricteur débridé, j'espérais que la seule expansion des gaz et des liquides suffirait à distendre la portion du sac restée très-probablement dilatable, et qui, simplement froncée et rétrécie par un des orifices du fascia cribriformis, devait jouer un rôle purement passif dans l'obstacle apporté au cours des matières fécales. Or, on a vu encore combien j'avais été heureusement justifié dans mon attente par la prompte arrivée d'évacuations abondantes.

Mais la question ne serait-elle pas tout autre dans une hernie inguinale où le plus souvent la constriction s'opère par le collet du sac? A quoi servirait le débridement des anneaux si le collet du sac étranglait seul l'intestin? Et comment débrider ce collet avec sécurité dans un cas comme celui que je viens de rapporter, où des adhérences solides viendraient à intercepter, sur tous les points, le passage du moindre stylet entre le sac et l'intestin? Ce sont là autant de questions que je n'ai pas la prétention de résoudre, et plaise au ciel que je n'aie jamais à les envisager de plus près!

Tels sont les deux faits (2) que j'ai cherché à exposer aussi briève-

---

(1) Voy. Broca. *De l'étr. des hernies abd.*, p. 204, 2e édition.

(2) A ces deux observations de hernie, je pourrais en joindre une troisième que je ne ferai que mentionner ici et que j'ai recueillie, il y a près de deux ans, chez un homme atteint de hernie inguinale. Le cas était des plus simples; il s'agissait d'un étranglement par le collet du sac, et l'opération a été suivie chez cet homme d'une prompte guérison. Je puis donc dire que j'ai eu *trois succès sur trois opérations de hernie étranglée;* car, au point de vue de l'art, c'est bien un succès qu'enregistre ma première observation, malgré la terminaison fatale qu'ont amenée des accidents tardifs dus uniquement à l'imprudence de la malade. Cet heureux résultat, que je ne saurais attribuer aujourd'hui à la seule faveur d'une fortune capricieuse, me paraît devoir se rattacher bien plutôt à une influence climatérique dont les bienfaisants effets se font sentir ailleurs que dans le domaine chirurgical. Mais c'est là une question que je ne fais qu'indiquer en passant et sur laquelle je recueille des documents que je pourrai faire connaître un jour. Je me bornerai à dire en ce moment que, depuis cinq ans que j'exerce à Pau, j'ai eu à pratiquer un assez grand nombre d'opérations graves, et, entre

ment que possible, et que j'ai l'honneur de soumettre au jugement éclairé de la Société de chirurgie. Le *premier* démontre d'une part la nécessité déjà reconnue d'examiner avec soin l'intestin avant de procéder à la réduction, et, d'autre part, la possibilité d'accidents tardifs que rien ne saurait faire prévoir et contre lesquels il est utile de se tenir en garde. Quant au *second*, plus intéressant par sa rareté même, il offre un bel exemple de hernie crurale irréductible compliquée d'un vrai étranglement à forme lente et ayant réclamé l'emploi d'une opération laborieuse qui a été suivie de succès.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. VERNEUIL présente une pièce qu'il croit unique. Il la montre à l'occasion de la communication faite par M. Labbé dans la dernière séance. C'est un exemple de *fractures doubles des condyles du maxillaire inférieur* qui ont détaché de chaque condyle la moitié antérieure.

Il existe de plus une fracture incomplète de la branche de la mâchoire. Ces lésions ont été produites par une chute sur le menton.

Pendant la vie, les mouvements de la mâchoire étaient conservés ; aussi M. Verneuil pensa-t-il d'abord à une fracture des cavités glénoïdes.

Uréthrotomie. — Suite de la discussion.

M. PERRIN. Messieurs, dans le cours de cette discussion j'ai eu à cœur de respecter la liberté de parole, même sous sa forme la plus accentuée. J'ose espérer que la même faveur ne me fera pas défaut.

Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire dans ma communication, en appelant de nouveau l'attention sur l'uréthrotomie interne, j'avais pour but principal de montrer, par l'expérience, que cette opération n'a plus du tout la gravité qui lui a été attribuée dans les discussions précédentes soutenues au sein de la Société.

Cette démonstration pouvait paraître oiseuse et superflue à beaucoup d'esprits attentifs et dociles au progrès. Mais j'espère qu'ils en

---

autres, trois grandes amputations et une résection partielle du tibia dans une fracture compliquée de la jambe, et je n'ai pas vu *une seule de toutes ces opérations* entraîner la mort. Pour compenser tant d'avantages que Paris a sur eux, le sort n'a donc pas entièrement déshérité les praticiens de province, et ce n'est pas pour eux et leurs malades un médiocre privilége que celui de se trouver à l'abri de ces funestes complications qui font, dans les grands centres, le désespoir des chirurgiens. Pour mon compte, je ne connaîtrais pas l'infection purulente si je n'en avais vu si souvent et de si près les ravages dans ces mêmes salles où pourtant la pensée nous reporte tous, avec joie, au souvenir des précieux enseignements que nous y avons reçus.

jugent autrement depuis qu'ils ont entendu MM. Voillemier et Guérin déclarer dans l'une de nos dernières séances qu'il ne s'est opéré aucun progrès dans ces dernières années, et même, selon M. Voillemier, depuis le rapport de Robert sur le Mémoire de Reybard. Or, à cette époque et même en 1863, l'uréthrotomie fut repoussée à peu près complétement de la pratique et reléguée parmi les opérations d'urgence. Vous n'avez peut-être pas oublié l'exclamation de notre bien regretté collègue Morel-Lavallée, qui se félicitait de n'avoir jamais été forcé, dans une carrière déjà longue, de pratiquer l'uréthrotomie.

J'insiste sur ce point de départ afin de donner une signification précise à ce que veulent dire nos deux collègues quand, eux aussi, ils se déclarent partisans de l'uréthrotomie.

Le moyen qui m'a paru le plus simple et le plus autorisé pour arriver à mon but a été de réunir des observations authentiques ou des résultats d'opérations dignes de foi, en nombre suffisant pour échapper aux illusions et aux chances d'erreur des petites statistiques. A cet égard, je ne saurais partager l'opinion de M. Desormeaux, qui, dans la dernière séance, m'a paru n'attribuer qu'une importance secondaire aux services que peut rendre la méthode numérique appliquée à l'étude de l'uréthrotomie. Si, d'une façon générale, il est vrai qu'en chirurgie, de même que dans toutes les sciences où il s'agit de questions biologiques, il ne faut accepter les conclusions de la statistique qu'avec une grande réserve à cause de la difficulté où l'on est d'opérer sur des unités de même valeur, il n'en est plus ainsi quand il s'agit d'une maladie simple, locale, d'une opération simple, identique à elle-même, comme dans le cas actuel. La statistique m'offrait le grand avantage de pouvoir donner une signification précise, déterminée, à ces qualifications vagues, toutes relatives, d'*opération grave*, d'*opération dangereuse*, avec lesquelles on peut discuter indéfiniment sans s'entendre. En donnant la parole aux faits, j'avais aussi le projet de m'éclairer par l'expérience récente de mes collègues, et d'écarter de la discussion ces dissertations pédagogiques au fond desquelles, il faut bien le dire, on a rencontré jusqu'alors plus de récriminations contre les personnes que de vues scientifiques.

Pensant que nous étions assez riches de notre propre fonds, j'ai pris le parti de circonscrire mes recherches et de me borner aux faits récemment publiés dans leurs détails ou dans leurs résultats et fournis par les membres de cette Société. J'espérais de la sorte me dédommager du nombre par la qualité. Je n'ai pas réussi pour tout le monde. MM. Guérin et Voillemier ne veulent pas de ma statistique, parce que les éléments qui la composent ne sont pas sérieux et ne leur inspirent pas de confiance.

Messieurs, la chose est assez grave pour être examinée de près : c'est pourquoi je demande la permission de remettre sous vos yeux les pièces du procès. Mais, avant d'entrer dans la discussion, je dois dire que j'ai constaté plusieurs omissions dans la note remise, selon l'usage, à M. le secrétaire par M. Guérin. J'avais cru déjà le remarquer au moment de la lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance; mais une simple et rapide audition ne m'avait pas laissé assez de certitude pour que j'en fisse l'objet d'une observation. Aujourd'hui j'ai le texte imprimé, et je m'empresse de réparer cette omission. D'ailleurs, M. Guérin devra me savoir gré d'avoir attaché une importance assez grande aux paroles qu'il a prononcées dans cette enceinte pour les avoir recueillies avec une exactitude plus scrupuleuse encore que celle qu'il a mise à les livrer à la publicité.

J'ai réuni 163 cas d'uréthrotomie interne répartis comme il suit :

MM. Sédillot.	21	opérés,	1	mort.
Maisonneuve.	66	»	3	»
Gosselin.	16	»	1	»
Trélat.	4	»	0	»
Demarquay.	12	»	0	»
Bonnet.	5	»	0	»
Desormeaux.	10	»	0	»
Reybard.	14	»	0	»
Maurice Perrin.	15	»	0	»
Totaux.	163	opérés,	5	morts.

M. Guérin, pour affaiblir l'autorité de cette statistique, a pris le parti d'en rire. On dit que c'est ainsi que se plaident habituellement les mauvaises causes ! Mais je veux n'en rien croire avant de l'avoir constaté une fois de plus.

Le relevé des opérations pratiquées par M. Maisonneuve, relevé dressé par M. Reliquet, interne des hôpitaux, a été le point de mire de ses plus ardentes attaques. Vous avez tous souvenir de l'entrain avec lequel notre collègue, puisant presque au hasard dans le travail de M. Reliquet, vous a parlé d'urèthres fendus en quatre, de patients uréthrotomisés à outrance, d'un pneumonique traité par l'uréthrotomie... que sais-je encore? C'était une véritable débauche d'esprit. M. Guérin a tenu surtout à piquer votre curiosité en signalant un point qui l'avait sans doute vivement impressionné. Il a cité des malades qui étaient sortis guéris de l'hôpital huit jours, cinq jours et même trois jours après l'opération..... de ces sortes de guérisons in-

stantanées avec lesquelles on est toujours sûr de faire rire ! Tout cela ne paraît pas sérieux à notre collègue dont le zèle s'emporte jusqu'à blâmer ceux qui collectionnent de pareils faits, et sans doute implicitement aussi ceux qui s'en servent pour les produire devant la Société de chirurgie. Dans ce qui précède, je ne vois d'un peu scientifique que ce qui est relatif à la rapidité de la guérison. N'est-ce pas perdre un peu mon temps et aussi le vôtre, ce qui me préoccupe davantage, que de rappeler à M. Guérin que ces relevés statistiques n'ont d'autre but que de déterminer le degré de gravité des incisions uréthrales et non les chances plus ou moins durables, plus ou moins certaines de guérisons du rétrécissement, par l'incision. Il s'agit de savoir si un malade, ayant été opéré, est mort ou guéri, a eu des accidents ou n'en a pas eu... pas autre chose. Or, la question étant posée en ces termes, ainsi que le sait bien M. Guérin, s'il a pris la peine de lire mon travail, il arrive fréquemment que le patient est guéri de sa plaie uréthrale au bout de huit, de six et même de quatre jours. Si de tels exemples n'étaient bien connus, je pourrais renvoyer notre collègue au Mémoire de M. Gaujot, qui renferme l'observation détaillée de plusieurs malades guéris en huit, en six et en quatre jours. Ma quinzième observation est dans le même cas. Mais, mon Dieu ! il n'est pas besoin de chercher aussi loin : que M. Guérin consulte la thèse de M. Reliquet, il y trouvera, à la page 33, un résumé de la pratique de M. Gosselin dans lequel ces guérisons qui l'étonnent tant sont la règle. Le n° 7 (Cornu) a été opéré le 25 novembre 1862, il est sorti le 1er décembre; le n° 5 (Hanou), opéré le 10 novembre 1862, est sorti le 19; le n° 1 (Perrin), opéré le 15 février 1862, est sorti le 19, etc. En voilà assez, je crois, pour l'édification de notre collègue, et pour lui montrer que l'argument tiré de la rapidité de la guérison et de la sortie des opérés n'a dans l'espèce aucune valeur.

M. Guérin a mis aussi en doute, dans un autre passage de son argumentation, l'exactitude du diagnostic. Avec un peu de précipitation, dit-il, on se sera trompé en prenant pour des rétrécissements des lacunes au fond desquelles la bougie exploratrice se sera trouvée arrêtée. Voilà certes une supposition bien gratuite : eh bien ! je l'accepte; j'accorde même que tous les malades ont été incisés sans avoir de rétrécissement; mais tant mieux pour moi qui recherche la gravité des plaies uréthrales! Si les blessures d'urèthres sains n'ont donné qu'une mortalité de 3 pour 100, je vous promets d'avance que cette moyenne baissera quand il s'agira d'urèthres rétrécis.

Ce n'est pas tout. Messieurs, M. Guérin a eu la pensée d'ajouter qu'avec le grand mouvement d'opérations qui se produit dans un cer-

tain hôpital, il a bien pu se glisser quelques oublis et *peut-être*, ajoute notre collègue, *on a oublié les cas malheureux*.

Messieurs, vous me connaissez assez pour savoir que je ne suis ici le défenseur de qui que ce soit.

M. GUÉRIN, à ce moment, se lève et déclare qu'il n'a eu en aucune façon l'intention de blesser M. Perrin.

M. PERRIN s'empresse d'en prendre acte et de déclarer à son tour que l'observation qu'il voulait faire est tout à fait impersonnelle.

Je laisse à chacun, continue-t-il, sa part de responsabilité; à l'un le poids d'une accusation aussi grave, formulée contre un de nos collègues; à ce dernier, le soin de s'en défendre. Mais je considère comme un devoir pour moi de protester contre cette façon de traiter ensemble de sujets scientifiques.

Qu'il me soit permis de croire, dans l'avenir comme dans le passé, que des observations et des relevés d'opérations, fournis par un membre quelconque du corps si honorable, si distingué des internes des hôpitaux de Paris, méritent tous les égards que l'on doit à un travail sérieux et consciencieux.

Je continue. M. Guérin n'a dit qu'un mot de la statistique de M. Gosselin; ce mot est encore une erreur matérielle. Notre collègue attribue à M. Gosselin une mortalité de 1 sur 7. Et cependant les documents imprimés qu'il a sous les yeux, documents empruntés aux observations mêmes de l'opérateur, lui disent et lui redisent 1 sur 161

Les relevés de MM. Sédillot, Trélat, Demarquay, Boinet, Desormeaux et Reybard n'ont été l'objet d'aucune observation. On paraît n'en tenir aucun compte afin de pouvoir plus commodément me prêter le rôle prétentieux (le mot y est) de régenter les convictions de M. Guérin avec les quinze observations qui me sont personnelles.

Ces observations ont été successivement passées en revue par mon contradicteur. Je suis loin de m'en plaindre. J'estime qu'il n'est rien de plus flatteur que d'être l'objet d'une critique sérieuse, approfondie. C'est le rayon qui éclaire et qui féconde! Mais l'expression me manque pour traduire l'étrange sentiment que j'éprouve, en voyant notre collègue tronquer les faits ou les interpréter de façon à les rendre méconnaissables.

Messieurs, je vous demande vraiment pardon de vous occuper de moi: c'est ce qui pouvait m'arriver de plus pénible. Mais vous jugerez, je l'espère, qu'il m'était bien difficile de faire autrement. D'ailleurs je serai bref et je ne mentionnerai que les traits principaux.

Je débuterai par une observation générale. M. Guérin confond ici, comme dans tout le cours de son argumentation, les deux faces sous lesquelles il faut envisager chaque cas d'uréthrotomie : sa gravité

comme opération et sa valeur curative. J'ai établi et rappelé cette distinction fondamentale presque à chaque page de ma communication : on dirait que notre collègue a pris à tâche de faire l'obscurité partout où je cherchais à mettre la lumière. Vous allez saisir quelle en est la conséquence. M. Guérin parle d'un opéré quelconque : il trouve dans l'observation une récidive après un an, je suppose... cas sans valeur! Chez le suivant, il n'y a que trois ans qu'il est opéré... cas à observer pendant plus longtemps! Chez un troisième, c'est le malade seulement qui nous informe qu'il pisse parfaitement bien depuis l'opération... cas peu rigoureusement observé!!! et ainsi de suite; de telle sorte qu'on arrive au bout de la série en disant : Vous voyez bien qu'il n'y a là que deux ou trois faits qui aient quelque intérêt.

Voici quelle est ma rectification. Les quinze faits qui me sont personnels, sont tous favorables à l'uréthrotomie, envisagée au point de vue de sa gravité. Ils s'ajoutent, remarquez-le bien, ils n'ont pas d'autre prétention que cela, aux cent quarante-huit autres, fournis par mes collègues et qui figurent dans ma statistique. Parmi mes opérés, neuf ont pu être suivis; deux ont eu des récidives, et sept n'en ont pas eu jusqu'alors. La question de récidive a été par moi réservée. Il y a trop peu de faits, trop peu de temps pour se prononcer. A plus forte raison n'ai-je pas soutenu un seul instant l'uréthrotomie comme méthode capable de guérir radicalement les rétrécissements. Je tiens tant à préciser ce point, que je vous demande la permission de relire le passage de mon travail qui y est relatif : « Non, l'uréthrotomie n'est pas une méthode radicale. Il n'y aurait qu'un seul moyen de guérir définitivement les rétrécissements, ce serait de restituer au canal toutes les propriétés de tissu qu'il possède à l'état physiologique. Ce moyen est encore à trouver. Toute la question se réduit à ceci : quelle est celle des deux méthodes en présence qui écarte le mieux les chances de récidive ? »

J'aborde maintenant les faits particuliers.

A propos de ma deuxième observation, M. Guérin me reproche d'avoir employé de violents efforts pour franchir le rétrécissement; puis il ajoute... — par pure bonté d'âme, — *passons*. Que notre collègue me permette d'ajouter, ce qu'il aurait dû faire, qu'il s'agissait là d'un cas de rétrécissement cicatriciel très-étendu, très-grave, avec rétention d'urines déjà ancienne et presque complète. Il fallait agir sans perdre de temps. Dès lors, un effort, même violent, exercé sur la lame d'un uréthrotome maintenu dans une bonne direction par son conducteur, me parut préférable à l'uréthrotomie externe qui devenait l'unique ressource.

Mon troisième malade, incisé pour un rétrécissement inodulaire de

la région pénienne, eut une hémorrhagie modérée pendant trente-six heures ; l'observation, rédigée par l'un des stagiaires attachés à mon service, ajoute « qu'elle n'offre rien d'inquiétant. » M. Guérin part de là pour en conclure que M. Perrin ne s'inquiète pas des hémorrhagies qui peuvent survenir. Et il ajoute : « Nous ne serions peut-être pas tous du même avis si nous avions à en supporter les conséquences pour nous-mêmes ! »

Notre collègue me prête là une opinion tout à fait contraire à celle que j'ai formulée dans mon travail. Un des reproches que j'ai adressés à l'incision rétrograde, c'est précisément d'exposer aux hémorrhagies. Et n'est-ce pas à ce propos que j'ai cru devoir rappeler les résultats obtenus par M. Dolbeau avec ce procédé opératoire ?

Un peu plus loin, M. Guérin dit que je ne m'inquiète pas des frissons qui peuvent survenir après l'incision. Mais où donc a-t-il vu un seul mot de moi qui autorise une pareille assertion ? Quel est le chirurgien assez aveugle pour professer une pareille doctrine ? Pourquoi me prêter cette opinion, quand chacun sait que je termine ma communication en disant « qu'ils représentent la source du mal, » et que « si l'usage de la sonde après l'opération parvenait à les supprimer, un pas décisif serait fait dans la voie du progrès. »

L'observation n° 4 était la plus gênante. C'est à la fois un cas d'insuccès complet pour la dilatation, et de succès complet pour l'uréthrotomie : succès maintenu intégralement pendant plus de deux années et constaté à l'autopsie. Voici ce qu'elle devient, arrangée par M. Guérin. Je cite textuellement. « Le cas le plus favorable à l'uréthrotomie est celui du quatrième malade. Ce malade est mort..... six mois après l'uréthrotomie. » Je continue la citation. « Les partisans exclusifs de la dilatation regretteront sans doute que le malade ait succombé si tôt; car si, en six mois, l'urèthre s'était rétréci de deux millimètres, on est peut-être en droit de supposer qu'au bout d'un an ou deux, il ne lui serait pas resté grand bénéfice de l'opération. » J'ai le devoir de l'apprendre à notre collègue; les partisans exclusifs de la dilatation ne regretteront rien de tout cela..... Ils pourront bien regretter peut-être qu'il connaisse aussi peu ce dont il parle. Ce malade, qu'il fait mourir six mois après l'uréthrotomie, a vécu deux ans et plus, puisque, incisé le 6 décembre 1862, il n'a succombé que dans les premiers mois de cette année ! Mais cependant, ces renseignements, qui représentent une des bases de l'observation, sont publiés ; ils existent en double expédition, d'abord dans mes observations, puis une seconde fois dans mon discours !

A propos de ce même opéré, mort plus de deux ans après l'opération d'une affection des gros vaisseaux, et par conséquent tout à fait

étrangère aux voies urinaires, laissez-moi vous rappeler l'impression que ce fait a produit à M. Voillemier. Notre collègue veut bien croire que l'uréthrotomie n'y est pour rien. Mais, s'il ne voulait pas le croire par exemple, quelle raison donnerait-il donc pour motiver une semblable assertion?

Revenons à M. Guérin. En continuant l'inventaire de ma modeste pratique personnelle, notre collègue y a fait la découverte d'un fait qu'il qualifie d'extraordinaire. Il s'agit d'un malade atteint d'un rétrécissement simple et chez lequel l'énergie et la persistance du spasme uréthral, ainsi que des accès de fièvre réitérés, m'avaient décidé à pratiquer l'incision. Dans ce cas, sans doute par suite de l'excitabilité très-grande du conduit, je ne pus faire pénétrer après l'incision qu'un dilatateur de 3 mill. 1/6. Peu à peu et sans cathétérisme, le canal devint plus tolérant. Au vingt-quatrième jour, il admettait un cathéter de 3 mill. 1/2, et par la suite je pus faire pénétrer à diverses reprises une bougie de 4 mill. 1/2.

J'ai mentionné cette particularité, parce que je ne l'avais pas encore rencontrée. Mais je n'y ai pas attaché d'autre importance, parce qu'elle représentait un incident que nous rencontrons tous les jours pendant la dilatation des rétrécissements.

Voilà le cas étrange dont s'empare M. Guérin. « Le canal abandonné à lui-même, dit-il, se dilate tout seul, et il a la discrétion de ne se dilater que de un millimètre. C'est miraculeux ! car, ayant commencé dans cette voie, il n'avait pas de raison pour s'arrêter. » Pour me tirer de ce mauvais pas, notre collègue imagine l'explication que voici : Mon malade m'a trompé ! Croyant avoir à se plaindre de l'uréthrotomie, il se sera dilaté ou fait dilater lui-même. De telle sorte que c'est à la dilatation, vivant en proscrite dans mes salles, qu'il faut, selon toute probabilité, attribuer ce succès !...

Messieurs, je vous en fais juges. Était-il possible, à propos d'un aussi petit nombre de faits, surtout quand on les a sous les yeux, d'accumuler plus d'erreurs matérielles, plus de persiflage, plus d'imputations erronées? Et tout cela pourquoi? Croit-on m'avoir enseigné de la sorte que l'uréthrotomie a tort, et surtout que ses adversaires ont raison? C'est la première fois que j'ai l'honneur de prendre la parole à cette tribune; je l'ai fait non pas, comme on le dit, sans se soucier de mon sentiment, pour vous imposer des convictions, mais bien comme je l'ai dit en commençant ma communication, pour m'éclairer, « pour soumettre à mes collègues les motifs sur lesquels est fondée ma confiance dans l'uréthrotomie. » J'ai le regret de le dire, en ce qui concerne M. Guérin, j'ai fait fausse route. Je m'étonne que, dans une discussion sérieuse et courtoise, notre collègue ait cru pouvoir don-

ner à son argumentation une forme moqueuse et qui paraît agressive!

Quant à M. Voillemier, il ne veut pas davantage de ma statistique; les éléments qui la composent en dehors de ma pratique personnelle ne lui inspirent pas de confiance. Mais il ne veut entrer dans aucun détail à cet égard, parce que les opérateurs mis en cause ne sont pas là pour se défendre. J'approuve le sentiment de délicatesse qui, sans doute, a inspiré notre collègue; mais qu'il me permette, à mon tour, de réserver mon jugement sur les raisons scientifiques qui, dans sa pensée, ont pu motiver cette exécution sommaire..... et de passer outre.

J'aborde maintenant la partie sérieuse et vraiment scientifique de la discussion. Mais, auparavant, souffrez que je me dédommage un peu en remerciant mes collègues de la courtoisie qu'ils ont mise dans l'appréciation critique de mes opinions.

Si je ne m'abuse, à deux exceptions près, nous sommes tous d'accord sur cette proposition fondamentale : que la section des rétrécissements est actuellement peu grave, peu dangereuse pour le malade, puisque 163 opérations, pratiquées par les membres de cette Société n'ont occasionné que 5 morts, c'est-à-dire une mortalité de 3 0/0, dans des conditions le plus souvent graves par elles-mêmes et que vous vous rappelez sans doute.

En faisant ma communication, j'avais la certitude, ainsi que je l'indiquais, qu'il existait beaucoup de faits nouveaux capables de grossir le chiffre des succès. J'avais aussi le ferme espoir que, s'il y avait des revers restés inédits, ils viendraient peser dans la balance et ramener à une juste mesure une opinion qui n'aspire qu'à être vraie.

Je ne saurais douter qu'en de telles conjonctures mon appel n'ait été entendu complétement. Il demeure donc établi qu'aucun cas de mort nouveau n'a été observé parmi nous dans le nombre assez considérable (puisqu'il dépasse 50) d'opérations dont nous avons entendu nos collègues MM. Follin, Trélat, Dolbeau, Desormeaux, etc., nous communiquer les détails.

En présence de ces résultats, qui se soutiennent depuis plusieurs années entre les mains de la majorité des chirurgiens, qui donc hésiterait encore à reconnaître la vérité de cette remarque de M. Trélat : que l'incision des rétrécissements uréthraux est l'opération la plus insignifiante que nous ayons à pratiquer.

La dilatation est-elle capable de faire mieux, de faire aussi bien? J'ai dit et je crois encore que non; mais pour éviter de nouvelles équivoques, je veux préciser davantage les termes de la question.

Prenons au hasard des entrées à l'hôpital deux cents malades atteints de rétrécissements; confions-en la moitié à la dilatation employée ex-

clusivement, sauf pour quelques cas urgents, comme cela était recommandé dans nos précédentes discussions il y a seulement quelques années; abandonnons les autres à l'uréthrotome, qui cédera les cas simples à la bougie et se réservera tous les cas qui entravent l'excrétion urinaire ou qui sont rebelles à la dilatation, suivant la pratique que je défends ici. Eh bien ! je dis que ces derniers seront les privilégiés. J'ai rappelé, pour le montrer, les graves accidents et les incurables infirmités qu'entraînent quelquefois à leur suite les rétrécissements abandonnés à la dilatation, et je n'ai pas hésité à en rendre responsable la méthode employée. Il m'a paru évident qu'en substituant un simple débridement à un traitement lent, incertain, qui jette promptement le malade dans une inertie désolante, on diminuerait considérablement, si on ne les supprimait, les suites funestes de ces accidents éloignés, soit en les prévenant, soit en y portant remède. Ici, Messieurs, permettez-moi de donner un mot d'explication à M. Dolbeau.

Notre collègue, sans doute parce que je ne m'étais pas suffisamment expliqué, m'a attribué la croyance que la plupart des rétrécissements entraînaient ces suites graves dont je viens de parler, et dès lors il m'a fait le reproche d'assombrir un peu le tableau des effets habituels des angusties uréthrales. Au point de vue où s'est placé notre collègue, je trouve le reproche trop adouci par sa bienveillance. Je m'empresse de le détromper.

Non, évidemment non, les rétrécissements dans la majorité des cas n'amènent pas des fistules, des néphrites, des résorptions, etc. Ce sont là des accidents heureusement rares, et j'ai même pris soin d'ajouter, dans un passage de ma communication, que les chiffres me manquaient pour en déterminer la proportion. Mais la seule chose qui m'importe en ce moment, c'est de savoir si vous m'accorderez que l'uréthrotomie, substituée d'une façon opportune à la dilatation, en diminuera le nombre dans une proportion supérieure à sa propre moyenne de mortalité : en termes plus généraux, si l'uréthrotomie a plus d'avantages que d'inconvénients. Toute la question est là entre ceux qui n'admettent l'incision que comme mesure exceptionnelle et ceux qui la revendiquent comme une méthode générale de traitement, applicable à toute une classe de rétrécissements. Je n'ai pas hésité à donner la préférence à l'uréthrotomie. Mon rigoureux contradicteur, M. Voillemier, m'a fait observer que je n'avais pas de chiffres pour le démontrer. A qui la faute ? Si les partisans exclusifs de la dilatation, au lieu de venir toujours les mains vides, au lieu de procéder par affirmations et par récriminations, avaient compté les faits qu'ils ont observés et surtout les avaient livrés à la publicité, nous

aurions pu sans doute combler cette lacune. Fort heureusement ce qui n'a pas été fait en France a été tenté en Angleterre. Seulement, j'hésite vraiment à livrer encore à la verve railleuse de M. Guérin un document qui ne m'appartient pas; mais puisque notre collègue, M. Follin, a déjà signé au passe-port, je me risque. Il s'agit des résultats statistiques relevés à l'hôpital de Guy par le docteur Bryant et cités ici par M. Follin. Cette statistique résume l'histoire de 603 rétrécissements organiques de l'urèthre, parmi lesquels 565 ont été traités par la dilatation, 5 par l'uréthrotomie interne et 33 par l'uréthrotomie externe. Le chiffre des morts a été de 36. On peut, je pense, m'accorder sans crainte d'erreur grave, que ces 36 morts se répartissent proportionnellement entre les deux méthodes de traitement employées. Calculez : sur 565 malades traités par la dilatation, 34 ont succombé. En France, sur plus de 200 malades traités par l'uréthrotomie, il n'y a eu que 5 morts. Par conséquent, la moyenne de mortalité fournie par la dilatation a été de 6 pour 100, tandis que la moyenne de mortalité de l'uréthrotomie n'a été que de 2 1/2, c'est-à-dire moins de la moitié. Je pense qu'on ne récusera pas l'enseignement qui découle d'une aussi vaste expérimentation. Si quelques observations étaient permises, elles seraient encore favorables à l'uréthrotomie, puisque, en général, elle n'a été employée que dans les cas les plus difficiles, les plus compliqués et par conséquent les plus propres à compromettre sa cause.

J'arrive maintenant à l'examen de certaines règles de pratique au sujet desquelles il m'est indispensable de donner quelques courtes explications. M. Trélat, et surtout M. Dolbeau, m'ont adressé le reproche d'être un peu engoué de l'uréthrotomie et de vouloir la substituer à peu près partout à la dilatation.

Suivant eux, au contraire, l'incision uréthrale doit être réservée pour les cas rebelles à la dilatation à un titre quelconque.

Je suis peu surpris que ma pensée ait été ainsi interprétée. Plusieurs expressions de mon discours pouvaient y conduire. Mais j'ai hâte d'ajouter que la distance qui nous sépare est moins dans le fond que dans la forme. Ma communication avait pour but capital de faire entrer définitivement l'uréthrotomie interne dans le domaine de la chirurgie usuelle, et de déterminer, en m'appuyant sur votre expérience, à quelles justes proportions se réduit ce fantôme létbifère dont nous menacent les adversaires de cette opération. Ce point une fois bien établi, je devais nécessairement me restreindre au sujet des autres questions, afin de ne pas abuser de votre attention si bienveillante. Aujourd'hui je remercie mes collègues de me fournir l'occasion d'y revenir.

Au point de vue du traitement, j'ai partagé les rétrécissements en deux classes. Dans une première, j'ai rangé tous ceux qui entravent, d'une façon permanente, l'écoulement de l'urine, et qui, par conséquent, s'accompagnent d'une rétention partielle et habituelle de ce liquide dans la vessie et dans les régions profondes de l'urèthre. Je n'ai pas voulu parler, comme l'a pensé M. Dolbeau, soit d'une gêne ou d'une suspension temporaire de la miction qui s'observent quelquefois même sans rétrécissement, soit d'une diminution dans le calibre du jet ou d'un changement dans sa forme. Et, pour éviter l'équivoque, j'ai même pris le soin de rappeler les traits généraux des rétrécissements dont j'entends parler. Ils se laissent difficilement et irrégulièrement traverser par une bougie filiforme. Ils s'accompagnent d'une pesanteur habituelle au bas-ventre, au périnée; ils entretiennent la santé générale dans un état mauvais. Ils provoquent des envies très-fréquentes d'uriner, aussi fréquentes la nuit que le jour. Ils rendent les urines alcalines catarrhales comme tous les obstacles permanents, etc. Ces détails, destinés à faire reconnaître les rétrécissements que je réserve à l'uréthrotomie, sont dans ma communication. Eh bien! dans tous ces cas, que tous ces caractères se trouvent réunis, ou qu'il n'y en ait qu'un petit nombre, je conseille de recourir, le plus promptement possible, à l'instrument tranchant, parce que c'est dans de telles conditions que se déclarent, durant les longs tâtonnements de la bougie, ces complications du côté des reins, qui sont si graves, si insidieuses, et relativement si fréquentes. J'y ai ajouté aussi tous les rétrécissements compliqués, que ces complications siégent du côté des reins, du côté de la vessie ou du côté des régions profondes du canal. Je n'accepte pas l'exception faite par M. Follin à l'égard des rétrécissements compliqués de néphrite. Ce sont des situations graves contre lesquelles l'incision uréthrale me paraît représenter la meilleure chance de salut.

Quant aux autres rétrécis qui, en y mettant seulement un peu plus de temps, un peu plus de soin, vident bien leur vessie, ce que l'on reconnaît à l'état des urines et à la conservation d'une bonne santé, je vous les livre. Comme vous, je commencerai par la dilatation; puis, si je rencontre quelque écueil en route, de la fièvre, des accidents nerveux, etc., je changerai de méthode, et j'aurai recours à l'uréthrotomie. Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que cette façon d'envisager le traitement des rétrécis est plus pratique et qu'elle offre plus de garanties au malade. Je la préfère à celle qui consiste à partager les rétrécissements en dilatables et en non dilatables qui, cependant, je le reconnais, me paraît avoir beaucoup de partisans. Je ne trouve pas cette dernière suffisamment précise; elle laissera le plus

souvent le praticien dans l'embarras. Tous les écueils que rencontre l'emploi de la bougie seront-ils considérés comme des contre-indications? S'il faut faire un choix, quels sont ceux que l'on pourra négliger? Une première manifestation sera-t-elle suffisante pour autoriser à changer de méthode? etc. Je vois là beaucoup de points litigieux qu'il me paraît utile de faire disparaître. Cette période d'essai, placée par vous au début de tout traitement et livrée à l'appréciation arbitraire de chacun, n'a pas de graves inconvénients, quand les fonctions urinaires s'exécutent à peu près bien; ici, la durée du traitement est chose secondaire. Mais je la trouve mauvaise quand il n'en est pas ainsi, parce qu'elle laisse le malade exposé aux dangers de la rétention partielle et habituelle des urines.

Quelle peut être la proportion des rétrécissements à uréthrotomie? M. Dolbeau estime qu'ils représentent l'exception. Je le crois aussi; mais, suivant les divers champs d'observation, il se présente de grandes différences à cet égard. S'ils sont très-rares à la ville, ils sont beaucoup plus communs à l'hôpital. Pour moi, qui ne les observe que là, je les ai certainement trouvés en majorité. Dans la pratique de M. Dolbeau, ils ont dû aussi se rencontrer souvent, parce que notre collègue, peu satisfait de la bougie, a dû pratiquer déjà quarante-sept uréthrotomies, si je ne me trompe; mais, d'ailleurs, qu'importe leur degré de fréquence? Ils ne se présenteraient qu'une fois sur dix quo je ne serais nullement disposé à traiter l'uréthrotomie en adjuvant, en accessoire de la dilatation. Elle n'est pas plus l'adjuvant de la dilatation que la taille n'est l'adjuvant de la lithotritie; l'amputation, l'adjuvant de la conservation. Ce sont là deux méthodes distinctes, devant répondre chacune à des indications spéciales qu'il importe de préciser de mieux en mieux dans l'avenir.

A l'égard du mode opératoire, je crois pouvoir maintenir que tous les opérateurs, qui ont étudié la question au lit du malade, sont unanimes pour reconnaître la supériorité des incisions superficielles, limitées aussi bien que possible en étendue et en profondeur au tissu pathologique et pratiquées, non pas avec des lames infiniment petites comme on me l'a fait dire, mais avec des lames du plus petit calibre possible.

Quant au choix de l'instrument et à la direction suivant laquelle doit être pratiquée la section, la discussion m'a appris que nous étions loin d'être d'accord. On pourrait presque dire que chacun a sa manière de faire et que chacun, en somme, a eu de bons résultats. Néanmoins, je ne me sens nullement ébranlé par cette considération, et je n'hésite pas à recommander, d'une façon aussi expresse que je l'ai déjà fait, l'uréthrotomie pratiquée d'avant en arrière avec l'instrument à lame découverte de M. Maisonneuve.

Malgré le vif désir que j'ai de ne pas fatiguer davantage votre bienveillante attention, permettez-moi de revenir un instant sur le traitement consécutif. MM. Follin, Trélat, Dolbeau, etc., recommandent de compléter le traitement par l'usage de la bougie, après la cicatrisation de la plaie uréthrale. Mon Dieu, je ne demande pas mieux si cela est bon et avantageux, mais encore faut-il le démontrer. Jusqu'alors, les seuls opérés qui aient été suivis pendant plusieurs mois ou plusieurs années après l'opération, n'avaient été soumis à aucun traitement de ce genre. Ils ont été abandonnés à eux-mêmes, purement et simplement, aussitôt que la plaie uréthrale était cicatrisée. M. Sédillot, M. Maisonneuve, M. Reybard, ne procèdent pas autrement. Et cependant les bons effets du débridement persistent dans la grande majorité des cas; cela est hors de doute. Les lèvres de la plaie ne se réunissent pas, quand même on ne fait rien pour les maintenir désunies; cela est hors de doute. Ici, messieurs, ne subissons-nous pas encore la pression d'idées préconçues. M. Dolbeau, qui paraît attacher une importance toute spéciale à la dilatation consécutive, fait valoir, pour me convaincre, des raisons que je ne puis admettre. Soumettant chacune de mes observations à une critique sérieuse, notre collègue a confirmé ce que j'avais pris explicitement soin de mentionner; j'ai eu quelques récidives. Il a ajouté que dans quelques autres cas, je ne me suis assuré de la permanence de la guérison que par le bon état de la miction, et non par le cathétérisme. Il a remarqué aussi que deux fois, je crois, le canal de l'urèthre avait, avec le temps, perdu un peu de son calibre; tout cela est très-exact. Mais, j'en appelle à notre collègue, le mieux ne se montre-t-il pas ici un peu l'ennemi du bien. Si désormais on exige, pour se déclarer renseigné sur les suites éloignées d'un rétrécissement, que la constatation soit faite personnellement et la sonde à la main, ne stériliserons-nous pas, pour l'avenir, les recherches de ce genre qui ne sont pas déjà si commodes, et qui, pourtant, seront si précieuses pour juger l'uréthrotomie au point de vue des chances de récidive?

M. Dolbeau, prenant acte de ce que l'uréthrotomie a été suivie deux ou trois fois jusqu'alors de récidive, chez mes opérés, en conclut que je les aurais évitées si j'avais fait usage de la dilatation. Je ne saurais dire le contraire, mais c'est précisément ce qu'il faudrait démontrer. Pour moi, la question n'est pas résolue pratiquement, et je tiens à ne pas la résoudre par le raisonnement, par des inductions, qui ont si souvent fait faire fausse route sur le terrain où nous sommes aujourd'hui. Observons de part et d'autre, comptons les faits, suivons nos malades pendant longtemps, et puis alors nous verrons. Si d'aventure vous n'avez de guérisons ni plus nombreuses, ni plus durables que

moi, vous m'accorderez, j'en suis sûr d'avance, que j'ai raison de choisir la voie la plus simple.

Exostoses épiphysaires nombreuses et presque toutes symétriques.

M. MARJOLLIN. Vous n'avez pas oublié la communication très-curieuse faite dans une des dernières séances par M. Broca, au sujet d'une exostose épiphysaire du fémur ayant nécessité une opération délicate, fort heureusement terminée. Bien que ces faits d'exostoses épiphysaires ne soient pas très-rares, ils ne se rencontrent cependant pas tous les jours; aussi j'ai cru devoir vous signaler le cas suivant comme digne d'intérêt et par leur nombre considérable et leur position symétrique.

Le 20 juin 1865, M. le docteur Alipe (de Vassy) m'adressait le jeune M. Mariel, âgé de six ans, d'une assez bonne constitution, présentant un nombre considérable d'exostoses épiphysaires développées sur les membres supérieurs et inférieurs.

Les parents sont d'une bonne constitution, et, dans la famille, jamais on n'a rien observé d'analogue; le petit frère du malade, qui est âgé de huit ans et d'une santé plus robuste, ne présente rien de semblable.

En examinant avec soin l'enfant, voici les points du squelette sur lesquels j'ai rencontré ces épiphyses.

Sur le côté droit de la poitrine, au niveau de la troisième, quatrième et septième côte, on trouve assez près du cartilage une petite exostose pisiforme, un peu aiguë, non mobile; rien de semblable n'existe du côté opposé.

Sur les deux humérus, tout à fait à la partie supérieure, à la jonction du bord interne avec le bord antérieur, il existe une exostose non mobile; on sent difficilement le pédicule. L'exostose du côté droit semble partir de la tête de l'humérus; elle a bien deux centimètres de longueur, elle soulève légèrement la peau de l'aisselle. Du côté gauche, l'exostose est en arrière de l'insertion du muscle grand pectoral et descend un peu au-dessous du rebord du tendon. Rien de plus à noter pour les membres supérieurs.

Au fémur gauche, à la partie inférieure, à la jonction du bord interne avec le bord antérieur, au niveau du cartilage épiphysaire, existe une exostose peu volumineuse; en dehors, et tout à fait au même niveau, on sent poindre une nouvelle exostose. Rien de semblable à droite.

Au tibia gauche, un peu en dedans de l'épine du tibia tout à fait à la partie supérieure, existe une exostose bilobée non pédiculée, con-

tournant la partie interne du tibia, de manière à former un anneau incomplet. Du côté opposé, on sent exactement au même niveau se développer une exostose ayant la même direction, seulement elle ne soulève pas encore les téguments. A la partie inférieure et interne du tibia gauche, au-dessus et un peu en avant de la malléole, il y a une exostose qui se forme; du côté opposé, même vice d'accroissement de l'os; aux deux péronés, mais surtout à gauche aux deux extrémités supérieures et inférieures, on sent très-bien le commencement de nouvelles exostoses. Il y a un an que l'apparition de la première exostose, celle du genou gauche, fut signalée; les autres n'ont paru qu'il y a un mois environ, elles sont toutes indolores.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Adénôme de la lèvre.

M. BROCA met sous les yeux de la société une petite tumeur assez volumineuse, eu égard à la région qu'elle occupait, c'est-à-dire la face muqueuse de la lèvre inférieure. Le sujet qui la portait était une femme de 33 ans, qui avait été adressée à M. Broca par M. le docteur Nicas, de Fontainebleau. A son début, il y a 5 ans, cette tumeur avait le volume d'un petit pois. Depuis lors, sans cause connue, elle a continué de croître, et aujourd'hui, de forme à peu près sphérique, elle a de 15 à 18 millimètres de diamètre; il existait autour d'elle d'autres granulations glandulaires beaucoup plus petites. Cette tumeur était sans adhérences, et déterminait plutôt de la gêne que de la douleur. Parfaitement rassuré sur la nature de cette tumeur, dit M. Broca, je me suis contenté de faire une incision linéaire sur la face muqueuse de la lèvre, et avec une spatule il m'a été facile d'en faire l'énucléation.

A l'œil nu, on aurait pu prendre cet adénôme pour une tumeur encéphaloïde. L'aspect de sa coupe pouvait donner cette idée. Mais la pression n'en faisait pas sourdre un suc pouvant s'émulsionner dans l'eau comme le fait le suc cancéreux. D'ailleurs, l'examen microscopique y fait reconnaître très-nettement tous les caractères des culs-de-sac glandulaires.

Cette tumeur se rapproche par sa nature des adénômes qu'on rencontre quelquefois sur le voile du palais. La réunion de la plaie buccale s'est faite par première intention, et la malade peut, dès maintenant, être considérée comme guérie.

En terminant, ajoute M. Broca, je ferai remarquer qu'il existe des faits analogues dans la science, le premier a été observé par Paget et provenait d'un malade opéré par Lloyd; le second, mentionné en

passant dans la thèse de M. Toutant, a été observé par M. Robin.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

Le *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale ;*

Le *Bulletin n° 1 de la Société médicale de l'Aube;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

— M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Williams Stokes, une brochure intitulée : *Contributions to practical Surgery*. Et, au nom de M. Grenet, une brochure intitulée : *De l'hystérocautomie*, nouvelle méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines.

— M. le secrétaire général dépose sur le bureau le 3e fascicule du tome VI des *Mémoires de la Société.*

— M. LE PRÉSIDENT, en ouvrant la séance, annonce à la Société la mort de M. Bauchet. Notre regretté collègue a succombé jeudi matin; tout le bureau et un grand nombre de membres de la Société de chirurgie assistaient à ses obsèques. M. Legouest, secrétaire général, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, sur la tombe de notre malheureux collègue.

Messieurs,

Encore émue de la mort prématurée de l'un de ses membres, M. Morel-Lavallée, la Société de chirurgie vient d'éprouver une nouvelle perte aussi douloureuse qu'imprévue, dans la personne de M. le docteur Bauchet, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. C'est en son nom que j'adresse à notre collègue un suprême adieu, dans lequel les sympathies et les regrets de l'homme privé s'unissent à ceux du secrétaire général.

La vie et les travaux de M. le docteur Bauchet viennent de vous être retracés par un de ses collègues de l'agrégation, avec l'accent convaincu d'un homme qui a subi les mêmes labeurs, affronté les mêmes épreuves ; je n'y reviendrai pas : je me bornerai à rappeler la part qu'il a prise à nos travaux pendant le trop court espace de temps qu'il a passé parmi nous.

M. Bauchet était membre de la Société de chirurgie depuis le 25 avril 1860 : il avait été nommé à une très-grande majorité, car il avait successivement acquis, dans les concours, tous les titres et tous les grades qui font l'honneur du corps des agrégés de la Faculté et de celui des chirurgiens des hôpitaux, confondus dans un commun et brillant éclat.

De nombreuses publications dont vous avez entendu l'exposé et parmi lesquelles il convient de distinguer : sa thèse inaugurale, soutenue en 1854, sur *les tumeurs fibreuses de la mâchoire ;* une *Histoire anatomo-pathologique des kystes en général,* et un *Mémoire sur les kystes de l'ovaire,* tous deux couronnés par l'Académie de médecine ; deux thèses pour l'agrégation ; un *Mémoire sur l'anatomie et la pathologie des gaines tendineuses de la main ;* un *Traité du panaris ;* un *Mémoire sur l'inflammation et l'hypertrophie de la glande thyroïde ;* enfin et surtout un *Mémoire sur l'hypertrophie de la parotide,* où l'auteur s'est montré sous un jour complétement original, promettaient à la Société de chirurgie, en M. Bauchet, un membre aussi actif qu'éclairé. Il débuta, en effet, dans nos réunions, par d'importantes communications sur les *polypes naso-pharyngiens* et les opérations qui leur surviennent, *sur la hernie étranglée* avec perforation de l'intestin ; il nous apporta le tribut de son observation et le résultat de ses expériences *sur les corps mobiles des articulations ;* il nous intéressa vivement par l'histoire et la présentation d'une jeune malade atteinte *d'immobilité de la mâchoire inférieure,* et à laquelle il pratiqua l'opération d'Esmark, encore si peu répandue en France.

Ancien secrétaire et vice-président de la Société anatomique, il avait rempli les fonctions de secrétaire de la Société de chirurgie pendant l'année 1861. A partir de cette époque, notre collègue ne se montra pas moins assidu à nos séances, mais il ne se mêla plus que rarement à nos discussions : on se disait tout bas, en termes discrets et affligés, que le doigt de la mort l'avait touché, et qu'il était atteint d'une de ces mystérieuses affections qui laissent vivre et semblent parfois oublier les malheureux qu'elles ont frappés, mais qui ne pardonnent jamais.

Depuis quelque temps, cependant, sa santé semblait raffermie ; il

avait repris ses occupations déjà étendues ; il s'était fait inscrire pour prendre part à la discussion pendante devant la Société de chirurgie sur l'uréthrotomie interne, quand, à la suite d'un léger accident il vint à tomber gravement malade. Le lendemain il était mort.

Quel fléau l'a tué ? Il n'avait pas connu les âpres luttes avec la misère, non plus que les poignantes déceptions des ambitions frustrées. Il avait régulièrement poursuivi sa carrière, où chaque effort avait, en quelque sorte, été suivi d'un succès, et dans laquelle l'avait guidé un rayon de l'une de nos gloires chirurgicales contemporaines. Peut-être est-il mort à 39 ans, bon, affable, aimant et dévoué, heureux et pouvant l'être longtemps encore, laissant une jeune femme dans le deuil et la douleur, un vieux maître dont le cœur est déchiré, pour que cette disparition soudaine d'un homme d'élite, enlevé à la fleur de l'âge, du talent et de la fortune, nous rappelle à tous la valeur des choses de notre monde.

Adieu, Bauchet, notre collègue et notre ami !

Uréthrotomie. — Suite et fin de la discussion.

M. LE PRÉSIDENT. Avant de donner la parole aux membres inscrits pour la suite de la discussion, j'ai quelques mots à dire sur la dernière séance.

Le discours prononcé par M. Perrin ayant donné lieu, en dehors de la Société, à des interprétations qui sont de nature à blesser la susceptibilité de M. Guérin, je crois de mon devoir de déclarer que ces interprétations sont inexactes. J'ajouterai d'ailleurs que, pour écarter toute équivoque, M. Perrin, sur la demande du bureau, a modifié pour le procès-verbal quelques passages de son discours dont la forme pouvait paraître personnelle.

La parole est à M. Trélat.

M. TRÉLAT. Après la réponse de M. Perrin, je n'ai presque plus rien à dire; je veux seulement insister sur trois points qui dans la discussion ne m'ont pas paru suffisamment distingués les uns des autres, à savoir :

1° L'innocuité de l'incision uréthrale ;

2° Son efficacité ;

3° Sa valeur comparative.

M. Voillemier nous a dit : Il importe peu que l'opération soit grave ou bénigne; si elle est indiquée, je la pratique, sinon je ne la fais pas. Je ne puis partager cette manière de raisonner. Il n'est pas un seul d'entre nous qui ne tienne compte du danger qu'entraîne une opération quand il s'agit pour lui de fixer sa thérapeutique. Pour ma part, si je crois qu'on peut souvent avoir recours à l'uréthrotomie,

faite comme il a été dit dans cette dernière discussion, c'est que les faits bien observés ont prouvé qu'elle est peu grave par elle-même. Pour ce qui a trait à son efficacité, elle ne peut plus être mise en doute. Peut-être est-il moins aisé de déterminer sa valeur comparative. On peut cependant dire, après cette discussion, que pour la plupart des chirurgiens qui y ont pris part, l'uréthrotomie doit être réservée aux rétrécissements dans lesquels la dilatation reste impuissante. Elle est également applicable à ceux dont il s'agit de faciliter la dilatation. C'est donc une opération adjuvante.

Quant à la question relative au procédé opératoire, je n'hésite pas à préférer l'incision d'arrière en avant. Or, avec l'instrument que j'ai présenté, il y a quelque temps déjà, on peut la faire même dans les rétrécissements très-étroits, grâce à l'absence de l'extrémité olivaire volumineuse que présentent la plupart des uréthrotomes et en particulier celui de M. Civiale.

M. GUÉRIN. Je ne reviendrai pas sur la partie critique de la question; je ferai seulement remarquer qu'on est loin d'avoir démontré que l'uréthrotomie permette de se passer de la dilatation. Car les faits d'anatomie pathologique qui ont été produits ne sont pas relatifs à des cas où l'uréthrotomie ait été mise seule en usage. Or, je ne puis comprendre comment les incisions sans dilatation peuvent se cicatriser sans qu'un retrait des parois uréthrales ait lieu consécutivement.

M. BLOT. Sans entrer dans le fond de la discussion, je veux seulement faire observer que la réparation des muqueuses ne s'effectue pas de la même manière que celle de la peau; tandis que sur cette dernière, on voit toujours se former un tissu cicatriciel au niveau des solutions de continuité, on observe, au contraire, très-souvent sur les muqueuses, comme celle de la bouche, par exemple, des ulcérations quelquefois très-profondes intéressant tout le tissu muqueux, comme dans certains aphthes; on voit, dis-je, des ulcérations dont la guérison a lieu sans qu'on puisse trouver la moindre trace de tissu cicatriciel; si bien qu'on ne saurait dire au bout de quelques semaines où a été le siége de l'ulcération.

M. GUÉRIN. Je suis heureux d'entendre M. Blot formuler une opinion qui vient à l'appui de celle que j'ai émise en diverses circonstances et tout dernièrement encore à l'occasion de l'uréthrotomie; je n'ai jamais vu non plus de tissu cicatriciel sur les muqueuses; tant que celles-ci sont seules atteintes par l'ulcération ou l'excision, on peut être certain qu'il ne s'y formera pas de tissu inodulaire pour remplacer la portion détruite. Aussi les muqueuses ne peuvent-elles jamais se rétracter par ce mécanisme; d'où la difficulté si grande qu'on éprouve à guérir l'ectropion. Mais, dès que le tissu conjonctif,

le tissu cellulaire sous-muqueux est atteint, comme dans les rétrécissements de l'urèthre, alors la tendance au retrait se fait constamment sentir, et le calibre du canal va toujours en diminuant si on n'a pas soin de recourir de temps en temps à la dilatation.

Pour les mêmes raisons, les incisions superficielles, dans lesquelles on a la prétention de ne couper que la muqueuse, sont d'une efficacité nulle; pour produire un agrandissement du canal on doit, nécessairement, faire porter l'incision jusqu'au tissu sous-muqueux et employer ensuite la dilatation, afin de s'opposer à la formation inévitable d'un nouveau rétrécissement.

Personne ne demandant plus la parole sur cette question, M. le président en prononce la clôture.

COMMUNICATION.

Staphyloraphie.

M. TRÉLAT. J'ai eu l'honneur de présenter, il y a quelque temps, à la Société deux malades que j'avais opérées avec succès de division du voile du palais. Je viens fournir quelques détails sur ces opérations qui me paraissent offrir certain intérêt.

C'est une question encore très-controversée de savoir s'il convient de remédier aux fissures du voile et de la voûte palatine par la prothèse ou par des opérations anaplatisques. Je n'ai, en aucune façon, la prétention de trancher ce débat très-complexe, mais j'insiste sur ce point, que l'une de mes observations au moins est absolument favorable aux méthodes chirurgicales, car le succès a été complet; l'opération a réussi, et les fonctions ont été rétablies dans leur état normal.

La première malade que j'opérai, âgée de trente ans environ, avait été atteinte deux ans auparavant d'un petit abcès, probablement glandulaire, situé au côté gauche du voile du palais. Cet abcès, que les renseignements les plus positifs ne permettaient pas d'attribuer à une affection syphilitique, avait été bientôt suivi d'un autre placé un peu au-dessous, près du bord libre du voile. Mon ami, le docteur Axenfeld, me fit voir sa malade à ce moment, et il fut arrêté d'un commun accord qu'il n'y aurait lieu d'opérer qu'après guérison définitive de l'état phlegmasique qui occupait l'isthme du gosier.

En novembre dernier, la guérison était confirmée depuis plusieurs mois. La voix était fortement nasonnée, la déglutition assez difficile, très-imparfaite dès que le bol alimentaire était solide ou volumineux. La malade avait sensiblement maigri. Sur le côté gauche du voile du palais, on voyait deux perforations larges, chacune d'un centimètre

carré environ, séparées l'une de l'autre par une bride muqueuse très-étroite; une autre bride muqueuse séparait la perforation inférieure du bord libre du voile. L'axe général de la perte de substance se dirigeait en bas et en dehors vers le pilier antérieur du voile.

Je procédai à l'opération le 11 décembre 1864. Négligeant les deux brides muqueuses que leur étroitesse rendait inutiles, j'avivai de chaque côté des perforations, de manière à obtenir à droite et à gauche deux bords sanglants se terminant au bord libre du voile. J'avais pris soin de tailler en biseau, aux dépens de la face antérieure du voile, les surfaces avivées, de manière à augmenter leur largeur. Je dirai, plus tard, comment je fis la suture qui comportait cinq points de fil d'argent. L'affrontement était exact, excepté en haut où il y avait un léger froncement. Comme le voile du palais avait subi une véritable perte de substance, le rapprochement des deux lèvres tiraillait visiblement les tissus et surtout le côté droit du voile qui était intact. Je divisai directement le péristaphylin interne en portant la pointe du bistouri à un centimètre en dedans du bord du voile; puis, d'un coup de ciseau à droite et à gauche, je coupai le pilier antérieur de chaque côté. Immédiatement le voile tout entier s'assouplit, et la suture cessa d'être tendue.

A partir de ce moment, la malade fut maintenue au lit dans le silence le plus complet. Elle ne prit aucun aliment par la bouche jusqu'au 15, quatrième jour après l'opération. Des quarts de lavement de vin et de bouillon consommé, pris quatre ou cinq fois par jour, aidèrent beaucoup la malade à supporter la privation d'aliments. Le 15, elle prit un potage, et j'enlevai les trois points intermédiaires; le 17, j'enlevai les deux derniers points.

Tout était réuni, sauf un petit point à la partie supérieure de la suture. Ce pertuis permettait l'introduction d'une plume de corbeau. Je me hâte de dire qu'au bout de trois semaines, après deux attouchements avec le nitrate d'argent, il était complétement fermé.

A ce moment, la malade avait récupéré la faculté de déglutir comme auparavant; elle mangeait des aliments variés et engraissait visiblement. L'articulation des sons redevenait de plus en plus parfaite; et, lorsque vous l'avez vue ici au mois d'avril dernier, il eût été bien difficile de reconnaître à l'audition qu'il y avait eu une vaste perforation et une suture du voile du palais.

Ma seconde opérée était une robuste jeune fille, Ismérie X..., de dix-neuf ans, atteinte de division congénitale complète du voile du palais. Mon ami, le docteur Millard, la rencontrant à Cormayeur, où elle tenait avec ses parents un petit hôtel, l'engagea à venir à Paris, et me l'adressa.

Sa prononciation était détestable; il fallait une grande attention pour parvenir à la comprendre.

Après avoir consacré quelques jours à l'examen des parties et les avoir accoutumées au contact des instruments, après avoir constaté que les deux côtés de la division étaient souples, suffisamment épais dans la majeure partie de leur étendue et aussi hauts qu'un voile du palais normal, je pratiquai l'opération le 5 avril 1865.

Après un avivement oblique très-complet, je plaçai, comme dans ma première opération, cinq points de suture métallique. L'affrontement était très-exact; mais, le voile me paraissant tendu, d'autant plus que j'avais été obligé de serrer assez fort les deux points supérieurs, je coupai les deux péristaphylins et les deux piliers antérieurs du voile.

Repos, silence, abstinence complète. Dans la journée, quatre lavements de bouillon, dont le dernier contient quelques gouttes de laudanum. Même régime pendant les trois jours suivants.

Le quatrième jour, ma malade souffre de la faim. Je lui fais prendre un abondant potage, qu'elle avale lentement et qui lui fait le plus grand bien.

Le cinquième jour, j'enlève quatre points de suture; je laisse le plus inférieur placé à l'extrémité de la luette. A ce niveau, la réunion me paraît compromise; et, quoique j'aie laissé le fil jusqu'au septième jour, ce dernier point a manqué. Une légère exsudation grisâtre sur les trous d'entrée et de sortie des fils, et un peu de rougeur sur le voile disparaissent en deux jours. Un très-petit pertuis, situé à l'extrémité supérieure de la suture, se ferme en quatre jours. En somme, tout est réuni, excepté la pointe de la luette qui est fort longue.

J'excisai par la suite l'extrémité de la luette bifide et les deux amygdales, qui étaient très-volumineuses et qui donnaient à la voix un timbre guttural.

Pendant les dix jours que notre jeune malade passa à l'hôpital après sa guérison, on l'exerça à parler. Malgré le peu de temps consacré à cette éducation, elle était arrivée à prononcer toutes les lettres de l'alphabet et un bon nombre de mots : *Monsieur, magnifique, Zanguebar*, etc., dont la prononciation est impossible quand le voile est fendu ou perforé. Avec des efforts, elle avait un langage presque régulier; dès qu'elle s'oubliait, elle retombait dans sa prononciation vicieuse. Je suis convaincu qu'avec des soins et du temps notre malade aurait pu parler très-convenablement; mais elle avait un vif désir de revoir son pays, et elle nous quitta un mois juste après l'opération.

— Plusieurs chirurgiens, M. Gosselin, M. Letenneur (de Nantes),

M. Delore (de Lyon) et d'autres, ont employé avant moi les fils métalliques, et je n'en parlerais pas si je n'avais employé un procédé qui me paraît faciliter leur placement.

L'instrument de Depierreis, dont s'était servi M. Letenneur, l'aiguille de Startin, préférée par M. Delore, ne me semblaient pas d'un maniement facile. A ma première opération, je procédai de la manière suivante : je passai d'avant en arrière, à travers la lèvre gauche de la division, cinq aiguilles à fistule vésico-vaginale, maintenues par le porte-aiguille de Marion Sims , et entraînant cinq fils métalliques. Du côté opposé, avec les mêmes instruments, je passai également, d'avant en arrière, cinq anses de fils de chanvre, avec lesquelles je ramenai le chef postérieur des fils métalliques suivant le procédé d'Aug. Bérard. Mais j'éprouvai quelques difficultés à bien placer les aiguilles, mal maintenues par le porte-aiguille; j'en éprouvai d'autres à saisir ces aiguilles en arrière du voile et à les dégager. Je me promis alors de modifier et le procédé et les instruments qne j'avais employés.

Dans ma seconde opération je me suis servi, sans parler du bistouri et des ciseaux, de quatre pinces : deux droites, deux coudées; l'une des droites et l'une des coudées à dents de souris; les deux autres ordinaires et d'une longue aiguille fixe, montée sur un long manche, offrant une grande courbure près de son extrémité et portant le chas près de la pointe. Le crochet-mousse, dont on se sert pour démêler les fils dans la suture des fistules vésico-vaginales, est fort utile et rend ici les mêmes services.

Voici comment j'ai procédé avec ces instruments : les pinces à dents de souris servent à l'avivement. Une fois celui-ci terminé, je porte mon aiguille fixe, armée d'une anse de fil double souple (de chanvre ou de soie), sur une des lèvres de la plaie et je la traverse. Dès que la pointe de l'aiguille paraît en arrière du voile dans l'aire de la division, je saisis avec une pince le fil et je retire l'aiguille par où elle est entrée; il reste derrière le voile une anse de fil souple. Ce temps est répété du côté opposé. Je ramène alors d'arrière en avant, par l'ouverture du voile, les deux anses de fil souple; j'y accroche les deux extrémités d'un fil d'argent bien aplati, et, en tirant successivement de chaque côté l'extrémité antérieure des fils souples, j'attire les chefs du fil métallique, qui forme alors une anse ouverte en avant et passant à travers les deux lèvres de la plaie. D'une manière plus simple, j'emploie des deux côtés le procédé d'Aug. Bérard pour ramener d'arrière en avant les deux extrémités du fil métallique, et je répète cette manœuvre autant de fois que je veux faire de points.

Quand tous les fils sont passés, je les tords en saisissant chacune

de leurs extrémités avec une pince, ce qui permet de juger du degré de constriction mieux qu'en employant le bout des doigts.

A la description, cette manière d'agir peut paraître compliquée, mais on reconnaîtra par la pratique qu'elle est simple et commode. Aucun temps n'offre de difficulté; pas d'instrument mécanique : une aiguille qu'on dirige avec sécurité, des fils à tirer, voilà tout. Ajoutez la certitude de placer exactement les points où on veut, et d'éviter ainsi des irrégularités toujours préjudiciables.

Je n'avais pas été satisfait du premier procédé que j'avais suivi, je demande la permission de dire que je l'ai été du second, et que je le répéterai à la première occasion.

Fergusson et M. Sédillot préconisent les sections tendineuses et musculaires comme adjuvant de la staphyloraphie, et je crois que d'une manière générale ils ont raison. L'innocuïté de ces opérations accessoires et l'immobilité du voile qui en résulte légitiment parfaitement leur adoption. Mais une question qui ne me paraît pas absolument résolue, c'est celle de savoir si les sections doivent être faites avant l'avivement et la suture ou après. Les chirurgiens que je viens de citer coupent les muscles avant; ils ont l'avantage d'opérer sur un voile inerte et souple, mais ils me semblent s'exposer à l'inconvénient de faire des sections qui peuvent être inutiles, et d'être arrêtés dans la marche de l'opération par des hémorrhagies parfois difficiles à maîtriser. Dans mes deux opérations, j'ai divisé les muscles après la suture, et je n'ai obtenu que des avantages de cette conduite. Quel que soit le moment où on coupe les muscles, je n'hésite pas à préférer le procédé de section de M. Sédillot, qui agit sur la face visible du voile, à celui de Fergusson, qui expose à des inconvénients réels, insuffisance de la section, et même à des dangers, en cas d'hémorrhagie, car on serait singulièrement gêné pour agir sur la face postérieure du voile du palais.

Il m'a paru qu'il est avantageux de retirer les fils le quatrième ou le cinquième jour. A ce moment, si la réunion doit se faire, elle existe, elle est suffisante, et le retrait des fils sera la meilleure chose à faire pour éteindre la rougeur et le gonflement des parties, et favoriser en somme la guérison définitive. Chez ma seconde malade, les fils que j'avais laissés jusqu'au septième jour avaient provoqué une section ulcéreuse marquée, quoiqu'ils fussent extrêmement lâches dans leur trajet. Au contraire, ceux qui avaient été enlevés le cinquième jour laissèrent une trace moins profonde et moins durable.

J'insiste sur le moyen simple et efficace par lequel j'ai combattu les fâcheux effets de l'abstinence prolongée pendant quatre jours, je veux parler des lavements alimentaires de vin et de bouillon qu'on

peut répéter quatre, cinq et six fois par vingt-quatre heures. Je crois d'ailleurs que le repos complet du voile du palais est une condition, sinon indispensable, au moins très-favorable à la réunion des lèvres affrontées.

En dernier lieu, j'appelle l'attention sur l'état très-différent de la prononciation sur mes deux opérées. L'une qui avait parlé comme tout le monde pendant de longues années, recouvra la faculté d'articuler normalement les mots, tandis que l'autre, après une éducation de dix jours, avait encore un langage difficile et imparfait, et avait encore besoin de soins et d'un effort de volonté pour prononcer tous les mots.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Speculum laryngien.

M. VERNEUIL présente, au nom de M. le docteur Delabordette (de Lisieux), un speculum laryngien imaginé par ce confrère pour pratiquer facilement les cautérisations et autres opérations sur le larynx.

Cet instrument n'est pas destiné à remplacer les autres laryngoscopes ; il est appelé, suivant M. Delabordette, à des usages que les laryngoscopes ordinaires, déjà connus, ne peuvent remplir. Il n'a pas seulement pour but l'exploration du larynx ; il permet de supprimer les obstacles apportés par la mauvaise volonté ou la sensibilité excessive des malades, il a surtout pour grand avantage de fixer solidement et de recouvrir, en les protégeant, toutes les parties par-dessus lesquelles il faut passer pour arriver jusqu'au larynx. Aussi peut-on, grâce à lui, pratiquer facilement, et presque à son aise, toutes les opérations que réclament les affections laryngées. Il est donc destiné à vulgariser et à mettre à la portée de tous les médecins l'étude et la thérapeutique des maladies du larynx.

MM. LABBÉ ET DESORMEAUX, qui ont essayé, plusieurs fois, l'instrument de M. Delabordette, confirment tout ce que vient d'en dire M. Verneuil.

M. Desormeaux ajoute que peut-être les laryngoscopes ordinaires devront être réservés pour le simple examen du larynx, tandis que certainement le spéculum de M. Delabordette sera préférable toutes les fois qu'il s'agira de pratiquer une opération sur cet organe.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

— M. Trélat fait hommage à la Société d'une brochure qui a pour titre : *Étude sur les résultats statistiques des opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris.* Extrait des *Mémoires de l'Académie de médecine,* 1865.

— M. Depaul présente, aux noms des auteurs, deux brochures intitulées : *Notice sur les travaux de la Société de médecine de Bordeaux pour l'année 1864,* par M. le docteur Dégranges, secrétaire général ;

Le *Discours d'ouverture (20 février 1864) de la Société impériale de médecine de Bordeaux,* par M. le docteur Ch. Dubreuilh, président.

— A propos du procès-verbal :

M. VERNEUIL, revenant sur la présentation qu'il a faite dans la dernière séance du spéculum laryngien du docteur Delabordette, dit que M. le docteur Fauvel lui a fait voir dans l'ouvrage de Mackensie la figure d'un instrument imaginé par Babington, en 1829, et qui rappelle complétement celui de M. Delabordette. Seulement la faiblesse de l'instrument représenté par Mackensie lui paraît le rendre moins propre à atteindre le but qu'on se propose : combattre énergiquement les mouvements de la langue pendant les opérations faites sur le larynx. M. Delabordette ignorait complétement, ainsi que moi-même, ajoute M. Verneuil, l'existence de cet instrument; c'est dans la seule intention de bien établir les droits de priorité que je m'empresse d'en parler aujourd'hui.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. TRÉLAT met sous les yeux de la Société les aiguilles dont il s'est servi pour pratiquer les opérations de staphyloraphie exposées dans la dernière séance.

LECTURE.

M. LIÉGEOIS, chirurgien du Bureau central, lit, à l'appui de sa

candidature à une place de membre titulaire, un travail intitulé : *De l'influence des exercices vocaux sur les résultats des opérations de staphyloraphie.*

Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Trélat, Marjolin et Houël.

Réparation de la paupière inférieure.

M. RICHET présente un homme sur lequel il a pu faire avec succès cette réparation dans les conditions suivantes :

Ablation de la paupière inférieure pour une ulcération cancéreuse. — Blépharoplastie. — Présentation du malade sept ans après l'opération.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est opéré depuis déjà sept ans, et je crois qu'il y a toujours un grand intérêt à montrer ses opérés après un aussi long laps de temps; c'est ainsi seulement qu'on peut décider de la valeur réelle des procédés opératoires.

Tout le monde sait que Martinet (de la Creuse) avait émis l'opinion que, pour s'opposer à la récidive du cancer et particulièrement de celui de la face, le meilleur moyen était l'anaplastie faite immédiatement après l'opération. Blandin était enthousiaste de cette méthode, et ne manquait jamais d'y soumettre ses opérés. Quant à moi, je n'y ai qu'une confiance très-limitée; néanmoins, toutes les fois que cela est possible, je n'ai garde d'y manquer, mais pour cette raison plus décisive encore qu'on corrige ainsi immédiatement la difformité.

Le malade que vous allez voir est un exemple qui plaide en faveur de ces idées. Cet homme était atteint d'un cancroïde qui avait détruit la presque totalité de la paupière inférieure gauche depuis et y compris la commissure jusqu'à deux ou trois millimètres en dehors du point lacrymal. Non-seulement tout le bord libre avait été détruit dans cette étendue, mais encore toute la hauteur de la paupière et la plus grande partie de son épaisseur. Il fallut donc l'enlever en totalité. Après l'opération, il existait là un vide affreux, et l'œil demeurait exposé à une fonte rapide par suite de la perte de ce que Haller a si bien nommé les *tutamina oculi*.

Pour combler cette horrible perte de substance, voici le procédé auquel, après mûre réflexion, je m'arrêtai :

Je taillai sur le front, et parallèlement au sourcil, un lambeau ayant la forme et dépassant de beaucoup les dimensions de la plaie à combler. Ce lambeau avait son pédicule à la région temporale, *un peu au-dessus* de la commissure palpébrale externe. Je fixe sur cette dernière

particularité l'attention de mes collègues, c'est là un des points importants de ma communication.

Mon lambeau taillé, je le fis pivoter et le greffai, avec des fils de soie très-fins, sur la place occupée par la paupière inférieure. J'avais eu un instant l'idée d'aviver le bord libre de la paupière supérieure et de faire la blépharorapbie afin de maintenir mon lambeau parfaitement étalé; mais deux choses m'en détournèrent : d'abord la crainte de voir la face saignante de ce lambeau contracter des adhérences avec la surface oculaire dénudée, puis celle de voir échouer à peu près certainement la suture à cause de l'accumulation des liquides derrière le lambeau.

Les résultats immédiats et consécutifs ont été des plus heureux. Aucun accident ne vint entraver la marche de la cicatrisation; dès le lendemain je pus retirer une partie des fils, et quarante-huit heures après il n'en restait plus un seul. Le lambeau qui jusqu'alors s'était maintenu, par le fait de son boursouflement, accolé à la paupière supérieure, commença dès le cinquième jour à subir une sorte de retrait par suite duquel la portion qui formait le bord libre de la paupière avait une certaine tendance à se rouler en dedans; il prenait en même temps cette forme que Blandin désignait sous le nom de *gibbosité*. Pour y remédier, je fis construire par M. Charrière un petit appareil qui avait pour but de l'applatir.

Quelques jours après, le malade sortit et reprit son service d'employé au chemin de fer de Lyon; mais il fut obligé de renoncer de suite à son appareil, l'administration ayant prétendu que cette sorte de bandeau pourrait effrayer les voyageurs auxquels il ouvrait la portière des wagons.

Depuis cette époque, j'avais à peu près perdu de vue ce malade, quoiqu'il fût venu une ou deux fois me voir à la consultation de l'hôpital pour une kérato-conjonctivite de l'œil du côté opposé, lorsqu'il revint au mois de juin dernier me demander à entrer à la Pitié pour une nouvelle kératite, cette fois plus grave, de ce même œil. Il est aujourd'hui guéri de cette kératite, et il est très-remarquable que c'est précisément l'œil que j'ai protégé à l'aide d'une paupière empruntée au front qui est le moins sujet à ces inflammations réitérées du globe oculaire. C'est qu'en effet, ainsi que vous pouvez le remarquer, l'œil gauche est parfaitement recouvert, la paupière rapportée est même très-mobile, elle vient parfaitement au contact de la supérieure, et quoique dépourvue de cils, elle ne remplit pas moins bien son rôle de *tutamen oculi*.

D'autre part, et par suite de la traction exercée par le lambeau qui, comme de coutume, tend sans cesse à porter vers son point d'at-

tache, c'est-à-dire vers son pédicule, les parties avec lesquelles il a été greffé, le point lacrymal inférieur est déplacé et tiré assez fortement en dehors; il est transporté pour ainsi dire vers le tiers interne du bord palpébral, et néanmoins il n'y a aucun épiphora, le malade ne se plaint même pas du plus léger larmoiement, alors même qu'il va au grand air.

Voilà donc une paupière qui remplit toutes les conditions physiologiques requises; en est-il de même eu égard à la beauté des formes, de l'esthétique? vous pouvez en juger; à mon avis, le résultat, même à ce point de vue, est fort satisfaisant; on dirait qu'il y a un peu d'œdème de cette paupière inférieure, disposition d'autant moins choquante qu'elle existe du côté opposé, et qu'elle est d'ailleurs commune à beaucoup de personnes, ainsi qu'on sait.

Je disais précédemment que cette observation venait à l'appui de l'opinion de Martinet (de la Creuse) relativement à l'influence de la transplantation des lambeaux sur la non-récidive du cancer. C'est qu'en effet voici *sept ans* que le malade a été guéri, et il n'y a pas trace de repullulation. On peut donc le considérer comme définitivement guéri de l'affection pour laquelle il a subi cette double opération; mais est-ce bien à la transplantation du lambeau qu'il doit cette immunité? pour résoudre cette question, il faudrait des faits nombreux. Je ne veux pas entrer non plus dans la question de savoir si la théorie de Martinet sur les modifications qu'apporte dans la nutrition des parties qui avoisinent le mal, cette transplantation d'un lambeau emprunté à une région voisine et saine, est ou non fondée. Je me contente pour le moment de constater le fait.

C'est que pour moi le point important de cette communication est autre; il s'agit de mettre en relief les raisons qui m'ont fait prendre au front plutôt qu'à la joue, au nez ou à la tempe, ainsi qu'on a l'habitude de le faire, le lambeau avec lequel j'ai reconstitué la paupière inférieure.

Quand on veut pratiquer la blépharoplastie, il faut nettement distinguer deux cas: celui dans lequel, le bord libre de la paupière subsistant, on n'a à restituer que le corps de cette paupière, si je puis ainsi dire, et celui dans lequel ce bord libre fait défaut. Le premier est incomparablement plus favorable que le second, parce que d'abord les cils sont conservés, mais surtout la conjonctive, ce qui permet de faire la *blépharoraphie*, sans crainte de voir la face saignante du lambeau se souder au globe oculaire; dans le second cas, au contraire, le bord supérieur du lambeau, celui qui doit constituer le bord libre de la nouvelle paupière, ne pouvant être maintenu par la suture, conserve une tendance incessante à se rétracter et à se

rouler en dedans du côté de l'œil par suite de la formation inévitable à la face profonde du lambeau, du tissu inodulaire ou cicatriciel.

Enfin, et c'est là un inconvénient commun aux deux cas, quand on prend le lambeau à la joue ou partout ailleurs, mais dans une région où le pédicule est situé *au-dessous de l'ouverture palpébrale,* la paupière artificielle tend toujours à se rétracter vers son pédicule, c'est-à-dire à s'abaisser, ce qui entraîne le renversement plus ou moins considérable du lambeau.

C'est pour remédier à ce renversement qu'on fait la blépharoraphie, laquelle est loin de réussir toujours; mais quand cette suture des deux paupières est impossible, comme quand le bord palpébral naturel fait défaut, alors il devient illusoire de chercher à reconstituer la paupière par les procédés jusqu'ici employés. C'est au moins l'opinion de M. le professeur Denonvillers qui, ainsi que tout le monde sait, a acquis une si grande autorité en anaplastie; aussi m'avait-il détourné de toute tentative de blépharoplastie.

Le procédé que j'ai mis en usage a surtout pour but de remédier à cette impossibilité de maintenir le bord libre de la nouvelle paupière à une hauteur suffisante pour qu'il puisse recouvrir le globe oculaire et venir facilement au contact de la paupière supérieure. Pour cela il suffit de maintenir le pédicule du lambeau *un peu au-dessus de la fente palpébrale.* Par ce seul artifice, on remédie à tous les inconvénients signalés précédemment. En effet, la tendance incessante du lambeau à se rétracter vers son pédicule, situé plus haut que la fente palpébrale, c'est-à-dire un peu au-dessus de la commissure externe, fait que cette rétractilité, au lieu de tendre à abaisser la totalité de la paupière, comme quand on a pris le ou les lambeaux sur la joue, la tempe ou le nez, l'élève et la tire en haut et en dehors. Il suit de là que le bord palpébral inférieur, au lieu de se rouler en dedans, se développe et vient se mettre naturellement et sans effort au contact de la paupière supérieure. C'est ce dont tout le monde peut s'assurer sur le malade que voici; il y a même ceci de curieux à signaler : c'est que la nouvelle paupière est animée de mouvements très-manifestes dus sans doute aux fibres musculaires de l'orbiculaire palpébral que j'avais effectivement comprises dans ce but dans mon lambeau frontal ou sus-sourcilier.

On comprend d'ailleurs que ce même procédé mais inversé pourrait être appliqué à la réfection de la paupière supérieure.

De la staphyloraphie. — Discussion.

M. VERNEUIL fait remarquer qu'il y a des perforations du voile du palais dans lesquelles il n'est pas possible de remonter à une cause

spécifique, syphilis ou scrofule; il serait tenté de les appeler *spontanées*. Il a, en ce moment, dans son service à l'hôpital Lariboisière, un cas de ce genre; l'iodure de potassium, la cautérisation avec la teinture d'iode n'y ont rien fait; les ulcérations ont continué de s'agrandir. Au contraire, quelques centigrammes d'arséniate de soude en ont arrêté la marche envahissante.

Il faut, d'ailleurs, ajoute M. Verneuil, distinguer les cas où la prothèse est supérieure et doit être préférée à l'anaplastie sanglante, réparatrice. C'est à bien distinguer ces cas qu'on doit, je crois, s'appliquer aujourd'hui.

Si les idées soutenues par MM. Passavant et Gustave Simon sont vraies, il faudrait, pour que la phonation et la déglutition conservassent leur intégrité, que le bord inférieur du voile du palais pût s'appliquer exactement contre la paroi pharyngienne postérieure. Quelle que soit la cause qui gêne cette application exacte, la phonation et la déglutition sont troublées, et dès qu'on parvient artificiellement, comme avec une spatule, par exemple, à rétablir cette application, on redonne à la voix sa netteté, à la déglutition son intégrité complète.

Deux faits que j'ai observés récemment à l'hôpital semblent confirmer cette théorie physiologique. Dans l'un il s'agit d'un individu qui, à la suite d'une angine, ne pouvait prendre aucune boisson ni aucun aliment liquide ou demi-liquide sans les voir passer dans les fosses nasales. Après l'avoir examiné à plusieurs reprises, je finis par m'apercevoir qu'il existait une contracture des muscles glosso-staphylins qui, roidissant le voile du palais, mettait obstacle à l'application de son bord inférieur sur la paroi pharyngienne postérieure. Je fis la section de ces muscles contracturés dans une étendue de 4 à 5 millimètres; et, dès le lendemain, le malade a pu manger sans que les aliments revinssent par les fosses nasales. Je dois dire qu'il continuait à nasonner.

Dans le second fait, c'est une jeune femme atteinte d'une syphilis grave, avec ulcération des deux amygdales, échancrure des piliers et ulcération du voile du palais. Un traitement spécifique, ayant obtenu la réparation de toutes ces parties, la voix qui d'abord était presque inintelligible, redevint nette, grâce à ce que le bord inférieur du voile put, de nouveau, s'appliquer exactement contre la paroi pharyngienne.

Je suis tellement porté à croire justes les idées de MM. Passavant et Simon que, sur une troisième malade, actuellement dans mon service, j'ai refusé toute opération réparatrice, parce que je ne pourrais pas donner au voile assez d'étendue pour que son bord inférieur touchât la face postérieure du pharynx.

M. Verneuil termine en demandant à M. Liégeois si, chez ses deux

opérées, la disposition du voile du palais semble donner gain de cause à la théorie de M. Passavant. M. Liégeois déclare que chez toutes deux le voile du palais arrive au contact de la paroi postérieure du pharynx, mais que celle qui parle le mieux est celle dont le voile est le plus court.

M. PANAS. Relativement au mode de débridement employé par M. Trélat, je dirai seulement que la section comprenant la muqueuse et le muscle me paraît préférable; elle me semble exposer moins que la section sous-muqueuse à laisser échapper quelques fibres musculaires.

Quant à la question soulevée par M. Verneuil, je la crois très-importante, et je partage son opinion sur la nécessité du contact entre le voile et la paroi postérieure du pharynx. Je me rappelle avoir vu dans le service de M. Nélaton un homme chez lequel la disposition des organes venait à l'appui de la théorie rappelée par M. Verneuil. En effet, chez ce malade, malgré une division complète et très-étendue du voile du palais, la déglutition et la phonation s'opéraient très-bien grâce à une hypertrophie considérable du muscle constricteur supérieur du pharynx, lequel muscle, par une saillie très-prononcée, venait à la rencontre du voile incomplet et divisait ainsi le pharynx en deux parties, une supérieure ou nasale, une inférieure ou buccale. Cela peut faire comprendre comment, dans certains cas, malgré un voile du palais très-court, la voix et la déglutition peuvent conserver leur intégrité. Beaucoup d'individus doivent à l'action exagérée du constricteur supérieur de pouvoir avaler et parler assez bien malgré des divisions ou des perforations du voile du palais.

Chez certains animaux, comme le porc, il n'existe pas de voile du palais; celui-ci est remplacé par un diaphragme complet percé d'une fente; comme cela s'observe quelquefois chez des individus dont le voile du palais a contracté des adhérences avec le pharynx.

Par les exercices de phonation et de déglutition, on n'exerce pas seulement les muscles du voile du palais, mais aussi ceux de toutes les parties qui concourent à ces deux actes physiologiques. La staphyloraphie peut, dans certains cas, ne rien gagner pour la phonation et obtenir quelque amélioration dans la manière dont se fait la déglutition.

M. Panas ne pense pas que les muscles du voile du palais aient, pour le succès de la staphyloraphie, une importance aussi grande que celle que leur supposent quelques auteurs; il en trouve la preuve dans l'heureux effet d'un simple appareil en caoutchouc, pourvu qu'il soit suffisamment étendu et que le contact du bord inférieur avec le pharynx puisse avoir lieu.

M. TRÉLAT fait observer en commençant que la dénomination de *perforations spontanées*, appliquée à certaines perforations palatines dont il n'est pas toujours possible de découvrir la cause, ne lui paraît pas juste. Dans une de ses observations, que M. Verneuil a paru faire rentrer dans cette catégorie, la cause de la perforation était très-nettement appréciable, la perte de substance avait succédé à une série d'abcès glandulaires, ouverts spontanément.

M. Trélat répond ensuite à M. Panas qu'évidemment il vaudrait mieux inciser de part en part si on n'avait rien pour se guider dans l'autre manière de faire. Mais, d'un côté, la saillie du muscle contracturé; de l'autre son craquement pendant la section, et enfin la chute du voile et son assouplissement prouvent qu'on a fait une incision suffisante. Or, en agissant comme je l'ai indiqué, on évite peut-être plus facilement des hémorrhagies abondantes. Quant au procédé opératoire, je préfère la section sur la face inférieure, parce qu'on a sous les yeux les parties sur lesquelles on opère, et que, s'il se produit une hémorrhagie, il est plus facile de l'arrêter. Quant aux recherches de M. Passavant, elles sont certainement fort intéressantes; mais il serait injuste de ne pas rappeler que Gerdy avait déjà insisté sur les plus importants de ces faits. Par quelques expériences faites sur lui-même, M. Trélat cherche à prouver que certaines voyelles peuvent se prononcer très-nettement sans que le voile du palais touche la face postérieure du pharynx, ce qui paraît contraire à la théorie de M. Passavant.

Je partage complétement, dit en terminant M. Trélat, l'avis de M. Verneuil sur les indications et les contre-indications de la staphyloraphie. Quand on a affaire à des voiles qui manquent d'une grande partie de leur portion musculaire, il ne faut pas opérer, mieux vaut faire porter un appareil prothétique. Dans les conditions opposées, la staphyloraphie peut donner des résultats très-satisfaisants.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 2 AOUT 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Les *Archives générales de médecine;*

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale;*

Le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure;*

Le *Journal de médecine de Bordeaux;*

Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Richet, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

Des demandes de congé de MM. Follin et Trélat;

Une lettre de M. Gibson, directeur général du département médical de l'armée anglaise, remerciant de l'envoi à sa bibliothèque de Netley du 3e fascicule du t. VI des *Mémoires de la Société;*

Une lettre de M. Liégeois demandant à être porté sur la liste des candidats à la place vacante dans la Société.

— **M. FOLLIN** présente, au nom de M. Ribell (de Barcelone), un Mémoire manuscrit intitulé : *Des injections iodées dans l'ascite.* (Commissaires : MM. Boinet, Labbé, Houel.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

Autoplastie considérable de la face.

M. DENONVILLIERS présente à la Société une femme sur laquelle il a pratiqué, il y a une douzaine d'années, une des autoplasties les plus considérables qu'on ait jamais réalisées. Cette femme avait eu, à l'âge de sept ans, une fièvre typhoïde compliquée de gangrène de la bouche. Cette gangrène avait détruit la lèvre supérieure, la lèvre inférieure, la joue droite et une partie du nez. Il en était résulté une vaste ouverture circulaire, circonscrite par les deux mâchoires. Toutes les parties molles environnantes étaient rendues immobiles par un bourrelet cicatriciel. Ce qui restait de la lèvre inférieure était représenté par un simple tubercule voisin de la commissure gauche. Au milieu de ce vaste hiatus se montrait la langue entourée des arcades dentaires, dont les dents étaient projetées en dehors. Un écoulement incessant de salive se faisait par cette ouverture. Aussi la malheureuse enfant était-elle devenue un objet d'horreur et de pitié.

M. Denonvilliers hésita d'abord sur le parti qu'il prendrait devant une aussi grande perte de substance limitée par des tissus si résistants et en même temps complétement immobiles. Il se décida cependant à tenter quelque chose pour cette malheureuse que personne ne voulait recevoir.

Dans plusieurs opérations successives, séparées les unes des autres

par plus de six mois, M. Denonvilliers parvint à fermer cette vaste ouverture.

Il refit d'abord une lèvre inférieure au moyen d'un grand lambeau mentonnier limité en haut par une incision faite à quelques millimètres du tissu de cicatrice, en bas par une autre incision, à peu près de même étendue, pratiquée au-dessous du menton.

Dans la deuxième opération, M. Denonvilliers construisit une lèvre supérieure au moyen de deux lambeaux dont les sommets libres partaient des parties latérales des ailes du nez, les pédicules correspondant aux parties de la face qui devaient plus tard former les commissures labiales. Ces lambeaux, d'abord obliques de baut en bas et de dedans en debors, furent abaissés de manière à devenir horizontaux, et une suture médiane réunit les deux extrémités libres. Chacun d'eux servit donc à reconstituer la moitié de la lèvre supérieure.

Enfin, dans une troisième opération, le trou qui restait à la joue fut comblé par un lambeau pris sur la tempe droite. Ce lambeau, d'abord vertical, fut rendu horizontal et maintenu en place par une série de sutures.

Restait l'aile du nez qui était relevée en dehors et laissait voir une partie de l'intérieur des fosses nasales. Il fallait trouver un moyen de l'abaisser en conservant intact le bord du nez, qui, en général, est dur et très-mal disposé à contracter des adhérences aveo des lambeaux, quels qu'ils soient. Pour obtenir cet abaissement de l'aile du nez, M. Denonvilliers la détacha avec une portion de peau située au-dessus d'elle, excepté au niveau de la partie dorsale de l'organe. Il l'abaissa et la fixa à sa nouvelle place. La perte de substance résultant de ce transport de l'aile du nez se trouvant répondre à la portion osseuse do cet organe, M. Denonvilliers espérait que la cicatrice aurait en ce point plus de peine à se rétracter, et produirait par conséquent plus difficilement les difformités qui sont ordinairement la conséquence de cette rétraction : l'événement confirma son espérance.

En résumé, cette femme a aujourd'hui une bouche; les dents, les mâchoires et la langue sont complétement cachées; la salive est retenue dans la cavité buccale dont la joue droito est complète. L'aile du nez a repris sa direction. Cette femme mange de tout, elle peut mâcher le pain et la viande. Sa santé générale est bonne. Elle a pu se marier et n'inspire probablement pas trop de répulsion à son mari, car elle porte dans ses bras son quatrième enfant, qu'elle allaite avec succès.

En terminant, M. Denonvilliers fait observer que dans ces cas de pertes de substances, consécutives à la gangrène de la face, il ne faut

pas se hâter d'avoir recours à l'autoplastie. Si on ne laisse pas s'écouler un temps suffisamment long (plusieurs années), les lambeaux se gangrènent. Chez la femme qui fait le sujet de sa communication, ce n'est que douze ans après les désastres produits par la gangrène que la première opération autoplastique a été faite. Les résultats obtenus datent maintenant de dix années, et ils se sont parfaitement maintenus.

Polype volumineux de l'urèthre chez une petite fille de trois ans.

M. GIRALDÈS présente une petite fille de trois ans qui porte à la vulve une tumeur du volume d'un marron d'Inde, qu'on pourrait croire, de prime abord, implantée sur la région vulvaire, mais qu'un examen plus attentif permet de voir naître sur la paroi supérieure de l'urèthre. Cette tumeur, de couleur rouge foncé, ne paraît pas douloureuse au frottement, elle est mollasse et gêne peu la sortie de l'urine qui s'opère au-dessous d'elle. On ne sait pas exactement depuis quand elle s'est développée, mais son volume considérable fait supposer à M. Giraldès qu'elle peut être congéniale. Quoi qu'il en soit, elle lui paraît formée par un véritable polype de la muqueuse uréthrale.

M. GUERSANT. J'ai eu l'occasion de voir, plusieurs fois, des tumeurs analogues à celle de cette enfant. Après les avoir excisées, j'ai pu me convaincre qu'elles étaient formées par le prolapsus de la muqueuse uréthrale.

M. GIRALDÈS. M. Guersant peut avoir raison quant à la nature de cette tumeur; cependant si l'on tient compte de l'adhérence de la muqueuse uréthrale qui est infiniment plus grande que celle de la muqueuse rectale, on doit être peu disposé à croire à un prolapsus. L'examen anatomique pourra seul juger la question.

M. BLOT. Le peu de sensibilité de la tumeur pourrait faire pencher vers l'opinion de M. Guersant. En effet, les polypes de l'urèthre sont, en général, plus douloureux. J'en ai même vu, si l'on peut appeler polypes ces sortes de *granulations*, qui étaient d'une sensibilité excessive. Le moindre contact d'un corps quelconque déterminait des douleurs cuisantes, presque intolérables. Ces granulations uréthrales, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, étaient d'un rouge vif, elles ressemblaient beaucoup aux granulations de la conjonctive dans certaines conjonctivites granuleuses. Je n'en ai observé que trois cas, et toujours je les ai trouvées situées sur la partie la plus déclive de la paroi postérieure de l'urèthre. En sorte qu'en faisant bâiller le méat au moyen d'une pince à dissection ordinaire, on

les apercevait très-facilement. L'examen microscopique y démontre la structure papillaire. Elles déterminent des envies si fréquentes d'uriner que l'une de mes malades n'osait plus sortir de chez elle. La cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent a suffi pour les faire disparaître définitivement.

Je dois dire que ces granulations de l'urèthre chez la femme ne sont décrites nulle part, si ce n'est dans le *Traité des maladies des organes génitaux externes de la femme*, publié, il y a quelques années, par notre collègue et ami M. A. Guérin. On trouve dans cet ouvrage une observation très-complète de cette affection pour laquelle le chloroforme put à peine rendre l'examen possible, tant la douleur était vive.

M. VERNEUIL. J'ai très-positivement vu plusieurs fois de véritables prolapsus de la muqueuse uréthrale. J'ai vu également ces granulations dont vient de parler M. Blot. Ce sont évidemment des exemples d'hypertrophie papillaire. Je crois qu'on en trouverait la description dans les leçons de Dupuytren et dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris dans ces dernières années.

M. GIRALDÈS. Ce que viennent de dire MM. Blot et Verneuil m'étonne, attendu que la muqueuse de l'urèthre ne renferme pas de papilles, si ce n'est tout à fait à sa partie inférieure.

Quant à l'insensibilité de la tumeur que porte notre petite malade, elle s'explique par l'étranglement qu'elle subit. Je la crois formée surtout par l'hyperplasie du tissu conjonctif.

M. GUÉRIN. Il faut distinguer deux espèces de polypes dans l'urèthre : ceux qu'a indiqués M. Blot, ils sont, en effet, rares et peu connus ; ceux dont M. Giraldès vient de montrer un exemple, ils sont plus fréquents et beaucoup moins douloureux. L'objection de M. Giraldès relative à l'absence de papilles dans la muqueuse de l'urèthre tombe devant ce fait que les petits polypes ou granulations dont parle M. Blot ne se montrent jamais ailleurs que près de l'orifice externe de l'urèthre. Je les crois donc, avec MM. Blot et Verneuil, des exemples d'hypertrophie papillaire.

M. BLOT. Je crois que toute confusion cesserait si on supprimait le nom de polype qui, par lui-même, ne donne aucune idée juste sur la nature et le point de départ de la maladie. On arriverait à quelque chose de beaucoup plus clair en parlant de prolapsus d'une part et d'hypertrophies papillaires de l'autre.

M. DEPAUL. J'ai vu un certain nombre de fois ces sortes d'hypertrophies de la muqueuse du méat. Les tumeurs ainsi formées varient beaucoup pour le volume. Parmi les polypes, les uns sont douloureux, d'autres ne le sont pas. J'ai vu aussi ces granulations qui peuvent

prendre la forme polypeuse. J'ai dû, l'an dernier, en enlever un très-douloureux chez une jeune fille qui a parfaitement guéri.

M. BROCA. Jusqu'à présent, je ne vois pas qu'on ait réfuté l'opinion de M. Guersant, j'ajouterai que j'ai eu aussi l'occasion d'observer un cas de prolapsus de la muqueuse uréthrale, faisant une saillie du volume d'une cerise. Le déplissement de la tumeur permettait de voir très-facilement quelle était sa nature.

M. GUERSANT. J'ai vu ces prolapsus cinq ou six fois, et dans tous les cas je pouvais introduire une sonde dans le manchon formé par la muqueuse en procidence.

M. TRÉLAT demande si cette tumeur est réductible. Il pourrait y avoir tout à la fois hypertrophie et prolapsus. J'ai vu, chez une femme de soixante-quinze ans, vivant à la campagne, un exemple de petit polype de l'urèthre, du volume d'un grain de groseille et causant des douleurs intolérables. L'ablation fut suivie d'une guérison complète.

M. LARREY. Je me rappelle avoir vu, en 1840, un polype de l'urèthre qui n'était nullement douloureux.

Pour leur descriptiou, j'ajouterai, aux citations faites par M. Verneuil, celle de la monographie de Nicot et un travail de Gigon.

M. HERVEZ. Je me rappelle avoir vu aussi des fongosités uréthrales, les unes douloureuses, les autres indolores; c'est avec le fer rouge que je les ai combattues. Il suffit, pour appliquer le cautère actuel, de faire bâiller l'urèthre avec une pince à pansement.

M. VERNEUIL. Je pense, d'après ce que j'ai pu voir, pendant un long séjour de trois ans à l'hôpital de Lourcine, que toutes ces tumeurs uréthrales peuvent être rapportées à trois types : 1° les *hypertrophies papillaires*, qui sont très-douloureuses; 2° l'*hypertrophie de la muqueuse tout entière;* 3° le *prolapsus* de cette membrane. Ces deux dernières espèces sont en général peu douloureuses.

Je ne crois pas qu'on puisse mettre en doute le prolapsus, et je me rappelle maintenant qu'un mémoire sur ce sujet a été publié dans les *Archives générales de médecine*. Ce travail contient la relation d'un cas dans lequel le prolapsus remontait jusqu'au col de la vessie.

M. BLOT. Je remercie mes honorables collègues des renseignements bibliographiques qu'ils ont bien voulu me donner; je connais tous ces travaux, et c'est précisément parce que je les ai consultés que j'ai pu dire que le livre de M. Alphonse Guérin est le seul dans lequel j'aie trouvé quelque chose sur les granulations uréthrales formées par l'hypertrophie papillaire. Nicot et les autres ont, en effet, traité très-longuement des polypes de l'urèthre; mais, nulle part, il n'est question dans leurs travaux des granulations en question.

M. TARNIER dit avoir eu, lui aussi, l'occasion de voir un cas de ces granulations très-douloureuses.

COMMUNICATION.

Brûlure de la muqueuse pulmonaire par un jet de vapeur.

M. BROCA. J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques jours, un mode particulier de brûlure sur lequel il n'est peut-être pas inutile d'appeler l'attention. Dans une scierie à la mécanique, voisine de l'hôpital Saint-Antoine, le contre-maître et trois ouvriers travaillaient autour de la chaudière à vapeur quand, tout à coup, la vapeur fit irruption dans la chambre; les quatre brûlés furent transportés à l'hôpital Saint-Antoine. Le contre-maître, qui avait pu se soustraire à temps à l'action de la vapeur brûlante, en a été quitte pour une brûlure de la peau au deuxième degré, brûlure très-étendue, il est vrai, mais qui, cependant, n'a pas été suivie d'accidents sérieux.

Quant aux trois ouvriers, ils étaient dans un état tellement grave, au moment de leur admission, qu'ils ne pouvaient évidemment survivre. Deux furent placés dans le service de M. Després, le troisième dans ma salle. Tous trois présentaient les symptômes d'une asphyxie très-avancée, ils succombèrent entre dix heures et midi. L'accident avait eu lieu entre six et sept heures du matin.

La mort avait été causée incontestablement par l'asphyxie. Il me parut que cette asphyxie ne pouvait dépendre que de la brûlure de la muqueuse pulmonaire. Les trois hommes, il est vrai, avaient une brûlure au deuxième degré de la presque totalité de la surface du corps, et l'on sait que la suppression des fonctions de la peau peut amener des troubles d'hématose, témoin les lapins que Magendie faisait raser et vernir, et qui succombaient à une asphyxie lente. Mais, chez nos malades, l'asphyxie avait marché avec une rapidité telle, qu'elle ne pouvait être attribuée à la suppression de la respiration cutanée. Je pensai donc que la vapeur brûlante, introduite par inspiration jusque dans les vésicules pulmonaires, y avait déterminé une véritable brûlure.

L'autopsie confirma pleinement cette opinion. J'ai pu, grâce à la complaisance de M. Després, faire l'ouverture des trois cadavres, et voici ce que nous avons trouvé : Les poumons étaient splénisés, mais ils n'allaient pas au fond de l'eau. La membrane muqueuse des bronches et de la trachée était d'une couleur noire violacée. Sur les trois cadavres, le cœur et les gros vaisseaux ne renfermaient *aucun caillot*, comme cela s'observe dans les cas ordinaires d'asphyxie.

De ce fait malheureux, on peut, il me semble, tirer l'enseignement suivant : Quand on se trouve dans une chambre fermée où s'échappe.

tout à coup, de la vapeur brûlante, il faut s'efforcer de ne pas respirer jusqu'à ce qu'on ait pu donner accès à l'air.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

SÉANCE DU 9 AOUT 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal :

M. GIRALDÈS fait savoir à la Société qu'il a enlevé la tumeur polypeuse de l'urèthre que portait l'enfant de trois ans, présentée par lui dans la dernière séance. L'examen histologique en a fait voir la structure fibreuse.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Montpellier médical;*

Le 12e rapport sur l'Institut gymnastique orthopédique de Berlin, par M. Bérend, membre correspondant étranger.

— M. Huguier présente, au nom de M. Victor Legros, une brochure intitulée : *Lettres obstétricales revues et annotées.*

— M. Dolbeau s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Labordette adresse la lettre suivante :

Monsieur le secrétaire,

M. Verneuil, en présentant mon spéculum laryngien à la Société de chirurgie dans les termes les plus flatteurs, a dit que, pour sauvegarder les droits de l'histoire, il faisait mention d'un instrument présenté en 1829 à la Société huntérienne de Londres. Cet instrument, a dit mon excellent ami, est conçu dans les mêmes idées que le mien. Je n'en avais nulle connaissance.

J'ai vu, il y a quelques jours, le dessin qui se trouve dans l'ouvrage de Mackensie. J'ai vu, de plus, l'instrument fait par un fabricant allemand d'après le modèle. J'ai l'honneur de présenter le modèle et le dessin à la Société de chirurgie, et je vous prie de vouloir bien juger si l'ancien instrument est tellement semblable au mien que.

comme l'ont dit certains journaux, ce dernier n'en soit que la reproduction.

Veuillez agréer, etc. A. Labordette.

Lisieux, 8 août 1865.

Staphylorrhaphie. — Suite et fin de la discussion.

M. Verneuil. J'avais dans la dernière séance rappelé l'ingénieuse théorie de M. Passavant et l'application qu'il en avait faite à la restauration du plafond buccal. J'avais cité des faits qui me paraissaient de nature à confirmer cette théorie ou du moins à jeter quelques lumières sur les indications et contre-indications de la staphylorrhaphie. On sait que le chirurgien de Francfort a proposé de coudre le bord postérieur du voile du palais à la paroi correspondante du pharynx pour faire disparaître le nasonnement, en se fondant sur les faits d'adhérences du voile au pharynx dans lesquels, suivant lui, la voix n'a aucunement le ton nasal.

Je n'avais accepté ces idées que sous bénéfice d'inventaire, ne les considérant pas comme le dernier mot de la science. Cette réserve était prudente : voici qu'en effet je viens de lire dans le dernier numéro des archives de Langenbeck (*Archiv. für klinische Chirurgie siebenter Band, erstes Heft*, p. 199) un intéressant Mémoire du docteur Hermann (Julius-Paul), de Breslau, *Sur la soudure du voile du palais avec la paroi postérieure du pharynx*, travail qui contredit sérieusement la théorie de M. Passavant. En effet, des observations recueillies par M. Hoppe, Czermak et Coulson prouvent que l'adhérence susdite porte à la pureté du langage une atteinte sérieuse, sans parler des autres troubles fonctionnels qu'elle entraîne.

Comme de part et d'autre les assertions émanent d'observations sérieuses, la question est donc à revoir avec des faits nouveaux. Il serait nécessaire que l'on examinât, au point de vue anatomique et physiologique, et les malades atteints de ces adhérences et ceux qui ont subi la staphylorrhaphie. Les faits de cet ordre ne paraissent pas très-rares, et en faisant appel aux praticiens, on recueillerait sans doute des renseignements nombreux et utiles pour la solution de ce problème. Il a suffi déjà plusieurs fois à la Société de chirurgie de mettre une question à son ordre du jour pour la faire avancer rapidement; c'est pourquoi je réclame en votre nom le concours de ceux qui s'intéressent à nos travaux.

Un passage du Mémoire de M. Paul confirme une opinion émise par M. Liégeois, c'est-à-dire que le résultat définitif de la staphylorrhaphie dépend surtout de l'exercice fonctionnel méthodiquement in-

stitué et longtemps prolongé. C'est à ce prix que, après avoir anatomiquement reconstitué le voile du palais, on parviendrait à lui rendre ses fonctions dans la phonation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

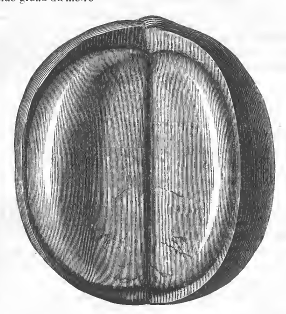
Tumeur fibreuse du dos chez un homme à qui on a antérieurement enlevé un polype naso-pharyngo-maxillaire de même nature.

M. DEMARQUAY. J'ai présenté en 1857, un jeune homme âgé de vingt-huit ans auquel j'avais enlevé un énorme polype fibreux naso-pharyngo-maxillaire qui n'a point été suivi de récidive jusqu'à ce jour. Pour pratiquer cette opération, comme le polype remplissait le sinus maxillaire et faisait une saillie notable dans la région de la face, je fis une incision d'abord sur le dos du nez et venant se terminer au milieu de la lèvre supérieure; une autre incision, partant de la commissure du côté malade, s'étendait vers la région parotidienne. Ce vaste lambeau fut disséqué; la paroi antérieure du sinus maxillaire fut largement enlevée, et, grâce à cette porte d'entrée, j'ai pu enlever un énorme polype qui remplissait le sinus maxillaire et la narine gauche, ainsi que le pharynx (1). Il nous fut facile, à M. Monod et à moi, de constater que ce polype ne s'insérait point ni à l'apophyse basilaire ni à la face antérieure des vertèbres cervicales, autant qu'il m'a été donné de le constater. Le pédicule d'implantation avait lieu vers la trompe d'Eustache, soit dans le tissu fibreux qui environne cet organe, soit sur l'apophyse sphénoïdale; ce que je puis assurer, c'est que le pédicule du polype avait son point d'implantation sur la partie latérale du pharynx. Ce qui n'est pas moins douteux, c'est que mon malade a guéri sans laisser de traces de son opération, et que depuis 1857 il est resté parfaitement guéri, rien ne s'étant reproduit du côté du pharynx. Cette guérison est déjà presque une preuve que le polype ne s'implantait point au lieu habituel d'implantation de ces polypes.

Aucune cautérisation n'a été faite, et chacun sait avec quelle facilité se reproduisent les polypes implantés à l'apophyse basilaire ou aux vertèbres cervicales. Il y a un an, le docteur Colombel me pria de voir de nouveau le malade que j'avais opéré il y a huit ans. Il portait à cette époque une petite tumeur dans le dos, placée entre les deux épaules, du volume d'une grosse noisette; cette tumeur était dure, aplatie, peu saillante, et paraissait intimement confondue avec le derme.

(1) Voir la *Gazette médicale*, 1857.

En pinçant la peau, on la détachait complétement des parties profondes. Depuis un an, elle a acquis un volume considérable, ainsi qu'on peut le voir par la figure ci-jointe; elle paraît toujours confondue avec le derme, qui lui est intimement uni. Pour l'enlever, je la circonscrivis dans une incision elliptique de 10 à 12 centimètres dans son plus grand diamètre



Cette tumeur, incisée au moment de l'opération, nous permit de constater l'adhérence très-grande du derme avec la face convexe de la tumeur; la partie profonde adhérait faiblement à l'aponévrose dorsale. Après avoir fait passer la tumeur dans de l'eau alcoolisée pendant huit à dix jours, on peut d'un côté détacher la partie convexe du mal de la face profonde du derme. La peau est mince dans la partie correspondante au produit morbide; une incision faite au centre de la tumeur en démontre la nature fibreuse, en tout point semblable au polype enlevé huit ans auparavant. Voici l'analyse microscopique faite par le docteur Chalvet : « Cette pièce est un exemple très-net de tumeur fibreuse proprement dite, elle est exclusivement formée de matières amorphes et de faisceaux de fibres lamineuses dirigées en tous sens ou enroulées sur elles-mêmes. La matière amorphe est rapidement dissoute par l'acide acétique étendu, et alors les fibres devien-

nent plus apparentes. Les fibres sont courtes, transparentes, nacrées. L'élément vasculaire semble manquer complétement. On ne voit point de globules sanguins dans les préparations. Cependant on constate sur divers points des blocs irréguliers de matières hématiques qui sont la preuve que du sang a pénétré dans la masse du fibrome.

Je n'ai pas rencontré de fibres élastiques dans les fragments de cette tumeur. J'ai vainement cherché dans l'ensemble de ce tissu quelques éléments cartilagineux que pouvait faire soupçonner l'aspect nacré de la tumeur. Je n'ai partout rencontré que les éléments fibreux plus ou moins condensés selon la dureté plus ou moins grande du tissu qui servait à faire la préparation; nulle part on ne trouvait d'éléments dégénérés.

Ce fait est intéressant, car il prouve qu'il existe chez le sujet de cette observation une disposition à produire des tumeurs fibreuses, et j'ai tout lieu de craindre que le mal ne s'arrêtera pas, car je vais être obligé, même avant la guérison de l'opération, d'enlever une partie de la cicatrice dans laquelle une masse fibreuse se développe.

M. GIRALDÈS voudrait savoir, si l'on est bien sûr que la première tumeur se fût bien développée dans le sinus.

M. DEMARQUAY. C'est avec intention que je n'ai pas précisé davantage le point d'implantation du polype, parce que je n'ai pas pu le découvrir exactement. Je dirai seulement qu'il m'a paru adhérer au niveau de la trompe d'Eustache.

M. HOUEL croit se rappeler que ce fait a été présenté autrefois comme un cas de tumeur basilaire. On pourra, du reste, retrouver cette indication dans les bulletins.

M. DEMARQUAY affirme que le pédicule n'était point adhérent à l'apophyse basilaire.

COMMUNICATION.

Nouveau procédé opératoire pour le bec-de-lièvre. — M. GIRALDÈS. — Je désire communiquer à la Société de chirurgie un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre. Dans les cas de bec-de-lièvre double compliqué, de bec-de-lièvre unilatéral compliqué de division de l'arcade dentaire ou de la voûte palatine, cas dans lesquels il existe toujours un écartement des ailes du nez, une grande perte de substance à la lèvre supérieure, j'ai introduit dans le procédé opératoire une modification de nature à permettre une réunion plus facile et de mieux corriger la malformation des parties. Pour bien faire comprendre l'importance de ce procédé, je dois rappeler que, dans les cas auxquels je fais allusion, je *n'adopte jamais* la pratique con-

seillée dans les traités de médecine opératoire, pratique dont l'origine remonte à Franco, et qui consiste à disséquer la joue et les ailes du nez assez loin, afin de faciliter l'affrontement des lèvres qu'on veut réunir. Cette pratique classique me paraît essentiellement mauvaise ; elle est loin de remplir le but qu'on se propose d'atteindre. Au lieu de disséquer les joues, je préfère couper toute l'épaisseur de la lèvre au moyen d'une incision oblique, dirigée dans le sens du contour de la narine. On obtient ainsi un lambeau susceptible de s'étendre sans beaucoup d'effort et de se réunir facilement au bord du côté opposé. Par suite de la division des parties molles, les muscles élévateurs des ailes du nez se trouvent coupés à leur insertion sur la lèvre, et n'agissent plus par contraction sur les parties adossées en voie de se réunir. Il arrive ici ce qu'on observe dans l'opération de la staphylorraphie précédée par la section des muscles du voile du palais. Prenons pour exemple un bec-de-lièvre unilatéral compliqué. Le premier temps de l'opération exécuté, je procède à l'avivement des lambeaux en coupant de haut en bas le lambeau externe comme dans le procédé de Clemot et de Langenbeck. Du côté opposé, l'avivement de la lèvre est fait en sens contraire, c'est-à-dire de bas en haut, de manière à détacher un petit lambeau dont la base se continue avec la partie supérieure de la lèvre. Cela fait, les parties avivées sont réunies au moyen de deux points de suture métallique traversant toute l'épaisseur des parties ; le petit lambeau provenant du côté externe est réuni, comme dans le procédé de Langenbeck, au moyen d'un fil métallique ; le petit lambeau supérieur est appliqué et réuni à la partie supérieure du grand lambeau labial, et contribue à former le rebord de la narine. L'opération terminée représente une espèce d'échelon ; la partie verticale répond aux lèvres avivées, et les branches horizontales, l'une au petit lambeau supérieur et l'autre au petit lambeau inférieur. Il y a là une espèce d'emboîtement réciproque.

Pour montrer l'avantage du procédé, il faut rappeler qu'en détachant la lèvre externe au moyen d'une incision, on laisse, après sa réunion à celle du côté opposé, un bord saignant correspondant à l'ouverture de la narine ; mais, en appliquant le petit lambeau interne et supérieur sur ce bord saignant, on donne à la narine un bord recouvert d'une peau normale ; on augmente la hauteur de la lèvre, et on donne à la surface de réunion une étendue plus grande, conditions qui favorisent le succès.

Si j'ai hésité à communiquer plutôt ce nouveau procédé à la Société de chirurgie, c'est que j'attendais l'avoir pratiqué un assez grand nombre de fois et avoir vu les malades longtemps après l'opération. Cette double condition me paraît indispensable pour juger la valeur

d'un procédé opératoire ; si les chirurgiens s'y étaient conformés, la chirurgie serait assurément moins riche en procédés opératoires; mais, en revanche, elle en connaîtrait mieux la valeur.

M. PANAS demande quelques renseignements, et, en particulier, il prie M. Giraldès de lui dire si, par le procédé qu'il vient de décrire, on peut plus facilement éviter l'encoche inférieure de la cicatrice.

M. GIRALDÈS. Les chirurgiens ont imaginé un certain nombre de procédés opératoires destinés à éviter le défaut que signale M. Panas, mais fort heureusement ces procédés ne réussissent pas. En effet, au point de vue de l'esthétique, ils créeraient une nouvelle difformité en faisant un tubercule là où il n'existe pas naturellement, c'est-à-dire sur le côté et non au niveau de la ligne médiane. Il vaut donc mieux chercher tout simplement à faire une lèvre à bord lisse.

Ce que je puis dire, ajoute M. Giraldès, c'est qu'en somme le résultat de mes opérations a été satisfaisant.

M. DEMARQUAY. A l'objection que M. Giraldès vient de faire au procédé de Mirault (d'Angers), j'en ajouterai une autre contre tous les procédés à lambeaux. De deux choses l'une, ou on taille des lambeaux épais et alors on augmente la perte de substance, ce qui rend la coaptation plus difficile, ou bien on taille des lambeaux minces, et dans ce cas on les voit souvent se mortifier.

M. GIRALDÈS. L'objection de M. Demarquay me paraît plus théorique que pratique. Je puis lui assurer que les lambeaux, quelque minces qu'ils soient, ne se gangrènent pas. Il est probable que quand cet accident lui est arrivé, cela a tenu à ce qu'il avait fait la suture entortillée ancienne et non la suture métallique.

Je répondrai maintenant à M. Panas que c'est poursuivre un fantôme que de chercher à rétablir les parties dans un état tel qu'il ne reste aucune différence avec une lèvre normale.

M. DEMARQUAY. Je n'attache pas autant d'importance que M. Giraldès à l'emploi des fils métalliques. Ce qui me paraît surtout important, c'est de faciliter la coaptation, et d'ailleurs je ne vois pas d'énormes différences entre les épingles et les fils métalliques.

M. GIRALDÈS. Épingles ou fils métalliques, c'est toujours même chose, dit M. Demarquay; ce qui importe, ajoute-t-il, c'est que la traction ne soit pas trop grande. Eh bien, les épingles rendent la traction plus forte, surtout quand on les entoure du fil végétal destiné à compléter la suture entortillée ordinaire. Il n'en est pas de même pour les fils métalliques. D'ailleurs, avec la suture entortillée, on est dans l'obligation de lever les épingles plus ou moins tôt, si on veut éviter la gangrène. Les fils métalliques peuvent rester en place jusqu'à

complète guérison, sans aucun inconvénient. J'ai pu les laisser dix, douze et quinze jours.

J'ajouterai, pour répondre à M. Panas, que parmi les avantages de mon procédé, j'ai trouvé celui de donner à la cicatrice une plus grande étendue, et par conséquent plus de solidité.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 16 AOUT 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le ministre de l'instruction publique a bien voulu allouer à la Société, pour l'année 1865, une somme de 600 fr.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

— M. le docteur Minkiewiez, chirurgien en chef de l'armée du Caucase, adresse un Mémoire manuscrit intitulé : *Quelques observations chirurgicales*, et une brochure ayant pour titre : *Des opérations appliquées à la cure des varices.* (Commission : MM. Follin, Lefort, Verneuil.)

— M. le docteur C. Swaving, ancien premier médecin municipal de Batavia, adresse un Mémoire imprimé sur les effets désastreux d'une mauvaise hygiène dans les maisons de détention et dans les hôpitaux. (Commission : MM. Lefort et Verneuil.)

— Le 1er numéro de la nouvelle série du *Bulletin de la Société de médecine d'Angers.*

COMMUNICATION.

Résection traumatique du genou.

M. VERNEUIL. La conduite à tenir dans les grands traumatismes est et sera longtemps encore une source d'embarras et d'incertitudes pour le chirurgien, qui hésite toujours entre l'abstention qui laisse périr le malade et une intervention trop souvent inutile.

M'étant récemment trouvé aux prises avec une difficulté de ce

genre, je viens soumettre à votre appréciation et à votre critique le parti que j'ai cru devoir prendre. Le succès n'a point couronné mes efforts; c'est à mes yeux un motif de plus pour vous exposer le fait, puisque la connaissance des revers porte avec elle des enseignements aussi précieux que la publication des cas heureux.

J'ai naguère porté devant vous la question de la résection du genou dans les cas traumatiques, et vous n'avez pas oublié les importants débats qui en sont résultés; cette fois encore j'ai fait dans des circonstances très-défavorables une tentative analogue.

Partisan déclaré de cette opération conservatrice, à l'appui de laquelle j'ai rapporté deux succès éclatants, je crois de mon devoir de consigner un échec, ne fût-ce que pour aider dans l'avenir à l'élucidation de ce point litigieux de la pratique chirurgicale.

Chute d'un lieu élevé; fractures multiples du maxillaire inférieur; fracture comminutive du fémur à son quart inférieur avec séparation des deux condyles. — Plaie du tégument dont la réunion reste sans succès; infiltration totale de la cuisse par des gaz fétides et du sang altéré; accidents généraux très-graves; large débridement; résection du bout supérieur, extraction des esquilles et des deux condyles fémoraux; amélioration très-notable; retour des accidents généraux; érysipèle, mort.

Un jeune homme de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, fit, en état d'ivresse, une chute d'un troisième étage pendant la nuit du 20 juin; il fut apporté sur-le-champ à l'hôpital Lariboisière et couché au n° 4 de la salle Saint-Augustin.

Je le vis à neuf heures du matin. Il présentait une plaie contuse à la région mentonnière, une fracture comminutive de la symphyse, puis d'autres fractures du même os, qui, soupçonnées pendant la vie, ne furent reconnues que plus tard, à l'autopsie, savoir : une fracture incomplète à gauche à l'union du corps et de la branche montante et deux fractures verticales des condyles. J'ai déjà présenté ces pièces à la Société; je ne m'étendrai pas plus longuement sur leur description, qui sera consignée dans un autre travail. Je dirai seulement que les débris de la symphyse et les dents correspondantes durent être extraits immédiatement, et, les jours suivants, que le foyer de la fracture comminutive en contact permanent avec l'air et les fluides buccaux fournit constamment un liquide putride qui rendait l'haleine infecte malgré les injections détersives réitérées, et dont la déglutition continuelle contribua sans doute pour sa part aux phénomènes d'intoxication générale qui se montrèrent plus tard et enlevèrent le malade.

Une autre lésion existait au membre inférieur droit. La cuisse était fracturée comminutivement vers son quart inférieur. La crépitation très-forte perçue au moindre mouvement imprimé au membre indiquait clairement la présence de fragments multiples, et l'interne du service, M. Farabeuf, qui avait donné les premiers soins, soupçonna même une fracture des condyles, ce qui fut confirmé plus tard. Une petite plaie de 3 centimètres environ, évidemment produite par l'extrémité aiguë du fragment supérieur, siégeait en avant sur la ligne médiane, au niveau du cul-de-sac synovial supérieur et pénétrait dans le foyer. Elle donnait issue à un écoulement sanguin assez abondant.

L'état général était des plus graves; le malade était plongé dans une sorte de coma dont on avait peine à le tirer. Il répondait confusément et sans ouvrir les yeux, s'agitant toutefois et poussant des cris quand on explorait sa mâchoire ou sa cuisse; peau froide, pouls misérable. L'état paraissait désespéré et la mort imminente.

Je me contentai d'extraire avec une pince quelques fragments aigus qui lacéraient la face inférieure de la langue. La cuisse, étant convenablement placée et assujettie dans une gouttière, ne fut point touchée. Quant à la plaie, je crus devoir, par acquit de conscience, la traiter comme je l'ai fait plusieurs fois avec succès dans des cas de ce genre. J'appliquai donc quatre points de suture, puis une large et épaisse couche de collodion, et enfin une vessie de glace en permanence.

Le lendemain et les jours suivants, contre toute prévision, l'état général s'améliore, la connaissance revient complète, et le blessé parle aussi bien que le lui permettent les lésions buccales. Il n'y a presque plus de douleurs à la cuisse, qui est médiocrement gonflée. Pouls relevé; l'appétit se réveille.

Les choses vont bien jusqu'au 25; dans la nuit survient un peu de délire et d'agitation; la face s'altère, et nous constatons, le 26, l'insuccès de la réunion. Quelques gouttes de sang noirâtre et quelques bulles de gaz soulèvent la couche de collodion. Il y a épanchement sous la peau dans le voisinage de la plaie. Je pratique un débridement de plusieurs centimètres parallèlement à l'axe de la cuisse. Issue d'une quantité notable de sang décomposé et de gaz infects.

Le lendemain, le mal a fait des progrès considérables. La cuisse est tuméfiée jusqu'à sa racine, et la pression fait sortir des interstices musculaires et de la couche sous-cutanée des flots de fluides putrides mélangés de gaz. L'articulation du genou est gonflée et très-douloureuse; de plus, altération des traits, pouls petit, très-accéléré, délire continuel, sueurs abondantes.

Dans cette occurrence, il fallait intervenir rapidement et avec énergie sous peine de voir l'infection putride enlever promptement le malade. Mais que faire? L'amputation de la cuisse n'offrait pour ainsi dire aucune chance favorable à cause de l'infiltration sanguine et gazeuse qui remontait jusqu'au pli de l'aine, et dont la désarticulation de la cuisse elle-même n'aurait pas atteint les limites. Je me décidai donc à faire la résection des fragments dans le double but d'ouvrir aux fluides putrides une large issue, et de soustraire les parties molles à l'action irritante des pointes osseuses qui au moindre mouvement provoquaient dans les muscles des spasmes très-douloureux.

Le débridement pratiqué la veille fut agrandi; une incision transversale surajoutée, divisant le vaste externe et l'aponévrose *fascia lata*, mit largement à nu le foyer de la fracture. L'extrémité du fragment supérieur, taillée en bec de flûte très-aigu, était blanche et dépouillée de son périoste. La scie à chaîne a enlevé un fragment de 5 centimètres environ; puis, avec les doigts et les pinces, je pus extraire successivement trois esquilles volumineuses appartenant au tissu compact de la diaphyse et plusieurs fragments irréguliers de tissu spongieux. Une de ces esquilles, longue de plus de 6 centimètres, avait subi un tel déplacement que son axe était devenu antéro-postérieur.

Toutes les pièces mobiles étant extraites, il ne restait dans la plaie que l'extrémité très-aiguë et très-irrégulière du fragment inférieur; lorsque je me mis en devoir de la réséquer, je reconnus qu'il y avait fracture intercondylienne avec écartement, et par conséquent large ouverture par cette voie de l'articulation du genou. Cette complication funeste aggravait encore le pronostic, mais ne m'empêcha pas d'aller jusqu'au bout. Je prolongeai par en bas l'incision superficielle, et, saisissant avec un fort davier chacun des condyles, j'en fis l'extraction séparée. Ce temps fut assez laborieux à cause de l'intégrité des ligaments croisés et latéraux qui fixaient très-solidement les condyles.

L'opération fut cependant terminée sans accidents; une seule ligature fut jetée sur une petite artère péri-articulaire. La plaie était très-grande, et la perte de substance du fémur comprenait le quart inférieur de l'os. Je ne touchai ni à la rotule ni au tibia. Quelques boulettes de charpie furent placées dans ce vaste hiatus, et le membre fut replacé dans la gouttière. Il est bien entendu que je ne songeai point à rapprocher les bouts osseux distants de près de 10 centimètres.

Pour pansement, applications réitérées de charpie imbibée d'un mélange de chlorure de chaux et d'alcool camphré étendu d'eau.

Le résultat immédiat de l'opération fut la cessation des douleurs

locales et de l'agitation. Le pouls se releva, le délire diminua notablement, et dès le lendemain le malade, qui n'accusait plus de souffrance, répondait assez clairement à l'interrogation. Je prescrivis à l'intérieur l'aconit et la digitale; comme régime, l'eau rougie avec l'eau de Seltz et la glace, et bouillon par petites tasses; les pansements chlorurés furent continués et répétés plusieurs fois par jour.

Au moment de l'opération, il ne s'était écoulé que du sang décomposé fluide et brunâtre.

Le 28, un peu de suppuration se montra. Le 30, elle était complétement établie et de très-bonne nature, fort abondante bien entendu.

Le 1er juillet, les choses étaient dans l'état le plus satisfaisant. La cuisse était presque entièrement dégonflée. La pression exercée de haut en bas en faisait sortir beaucoup do pus qui s'écoulait sans peine par la plaie que nous avions d'ailleurs placée dans une position déclive par rapport à la jambe et à la cuisse. Toute la cavité et les bords des incisions étaient recouverts de bourgeons charnus qui les jours suivants étaient vermeils et du plus bel aspect. Le délire n'existait plus; la fièvre avait presque entièrement disparu, la souffrance était nulle et l'appétit revenait. L'état de la bouche ne permettait pas la mastication, je fis prendre des soupes substantielles et de la viande hachée. J'avais d'ailleurs soin de faire faire bien souvent des injections aromatiques dans la cavité buccale qui sécrétait des fluides très-infects.

Jusqu'au 4 juillet, tout alla pour le mieux, et nous pûmes concevoir les plus grandes espérances. Aussi je m'applaudissais d'avoir agi et d'avoir essayé de conjurer une mort imminente. Le 5, les bourgeons charnus prirent une teinte violacée de mauvais augure; un peu de fièvre se ralluma; il apparut à la jambe de l'œdème et sur les bords de la plaie une légère teinte érysipélateuse. Le lendemain, les symptômes s'étaient aggravés, fièvre continue sans frisson, mais avec sueurs profuses, retour du délire, extension de l'érysipèle à la cuisse et à la jambe, suppuration faible et mal liée. Cette fois, la partie était décidément perdue; la mort survint le 8 juillet, 18 jours après l'accident, 12 jours après l'opération.

L'autopsie ne put être faite, et je le regrette; car nous ne pouvons savoir si la mort a été causée par une phlébite avec infection purulente, ou seulement par suite d'une intoxication putride.

Quoi qu'il en soit, je veux loyalement recueillir votre avis sur ce cas difficile, et vous demander si la conduite que j'ai tenue devrait être imitée en pareille occurrence. Je résume le fait : Traumatisme grave, état presque désespéré au début; le blessé, vers le quatrième jour, se relève et paraît viable. La fracture de la cuisse devient à cette époque

le siége d'accidents qui, abandonnés à eux-mêmes, doivent nécessairement, et dans un bref délai, causer la mort. La cuisse est infiltrée de sang et de gaz. Le genou est en communication avec ce foyer. Il fallait donc ou laisser la mort faire seule son œuvre ou tenter quelque chose. La résection des fragments me semblait indiquée; je l'entreprends, et suis conduit, chemin faisant, sans l'avoir prévu, à enlever toute l'extrémité du fémur.

Fallait-il reculer devant cette complication? Je ne le pense pas. Je ne pouvais recourir à une amputation qui ne m'inspirait aucune confiance pour le moment, et je dus me borner, après avoir nettoyé ce large foyer, à favoriser autant que possible l'écoulement des liquides infiltrés et l'établissement d'une bonne suppuration.

Certes, je n'avais guère l'espoir qu'une telle résection donnât dans la suite un membre utile. Mais j'entrevoyais les éventualités suivantes : si le blessé échappait aux premiers accidents, si la cuisse se dégorgeait, si la plaie se tapissait de bourgeons charnus, ne serait-il pas possible d'amputer dans cette plaie même au voisinage du tibia, de manière à conserver assez de parties molles pour recouvrir le bout du fémur, ou bien même d'amputer la cuisse elle-même, l'expérience ayant déjà démontré la bénignité relative de cette opération pratiquée au-dessus des résections du genou non réussies.

Il semble dérisoire d'exposer un programme assez étendu quand l'événement funeste l'a arrêté presque à son début, et cependant il est clair qu'une partie de mes prévisions s'est réalisée. Je voulais avant tout gagner du temps et conjurer les premiers accidents. J'y étais d'abord parvenu, et au quatorzième jour de ce terrible traumatisme l'état des choses était aussi satisfaisant que possible : donc la guérison n'était pas invraisemblable. Il est certain que l'amputation n'aurait pas donné un pareil succès, et je doute fort que l'expectation ait mieux fait. Cependant c'est à vous de décider avec votre expérience si des trois expédients qui s'offraient à moi, savoir : l'expectation, l'amputation primitive ou la résection, j'ai réellement choisi le meilleur, le plus capable de sauver une existence aussi sérieusement compromise.

DISCUSSION.

M. PERRIN. Il me paraît difficile d'établir en fait que les résections traumatiques du genou sont moins graves que les amputations traumatiques de la cuisse. Il me semble aussi que c'est aller trop loin que de déclarer que celles-ci sont toujours suivies de mort. D'un autre côté, dans un cas analogue à celui dont vient de vous parler notre collègue, le résultat immédiat de l'amputation est bien plus satisfaisant : netteté de la plaie, dégorgement rapide, opération prompte.

Je ne saurais donc, en semblable occasion, partager l'avis de M. Verneuil.

M. DEMARQUAY. Je crois aussi que, placé en présence d'un désordre aussi considérable, j'aurais agi autrement que M. Verneuil et préféré l'amputation à la résection. Pour moi, cette opération n'est pas indiquée, quand il y a un broiement aussi considérable d'un os comme le fémur. J'ajouterai que, comme résultat définitif, il était difficile de compter sur un membre utile. Je sais qu'après la résection du genou, quelques malades ont pu marcher; mais après avoir vu les opérés dans les hôpitaux de Londres, je me suis demandé si la résection n'avait pas été employée dans des cas où d'autres moyens auraient pu réussir. Pour rester dans la question actuellement posée et pour me résumer, je dirai, qu'il ne faut rien faire ou sacrifier le membre.

M. LE FORT. Notre collègue M. Perrin est disposé à considérer la résection comme plus grave que l'amputation, à cause de l'opération plus compliquée, de la plaie plus étendue qu'elle nécessite. J'ai pu montrer, dans un travail récemment publié dans les mémoires de la Société, que l'amputation de la cuisse donne au moins autant de mortalité que la résection du genou; l'opinion de M. Perrin ne repose donc que sur un argument *à priori*. M. Demarquay pense que la marche aurait été impossible, vu la quantité de fémur enlevé; il y a des cas qui permettent d'espérer le contraire. Une autre raison m'aurait déterminé à réséquer plutôt qu'à amputer. C'est le trouble profond et grave qui résulte toujours de l'ablation d'une portion volumineuse du corps. La résection met à l'abri de ce trouble qui, pour moi, dépend des brusques modifications apportées à la circulation.

M. RICHET. Il me semble que M. Verneuil aurait posé la question d'une manière à la fois plus pratique et plus nette, en se demandant quelle est la conduite à tenir dans un cas de traumatismes graves et multiples. Je ne suis pas, d'une manière générale, partisan de la résection, je ne l'aurais donc pas pratiquée. Mais j'avoue que dans le cas particulier, et en raison même de la gravité et de la multiplicité du traumatisme, je me serais abstenu. Je n'entends en aucune façon critiquer la conduite de M. Verneuil, dont je loue le courage et l'habileté chirurgicales; mais j'en suis arrivé, dans des cas aussi graves, à désespérer de toute intervention active.

M. VERNEUIL. Je reconnais tout ce que présente de hasardeux une pratique qui s'adresse à des cas très-graves, mais je crois à cette manière d'agir plus d'avenir qu'on ne lui en suppose.

M. Perrin aurait préféré l'amputation à la résection; mais, je le demande à notre honorable collègue, est-ce un cas d'amputation que celui où un membre est infiltré jusqu'à la racine de pus ou de matiè-

res putrides? En semblables circonstances, l'amputation de la cuisse me paraît désastreuse, et je ne discute même pas la désarticulation. Fallait-il donc ne rien faire, ainsi que me le conseille M. Richet? Le calme, le mieux relatif qui ont suivi l'opération n'ont pas, au premier moment, donné tort à mon intervention.

En enlevant les fragments osseux, j'ai fait ce que tout le monde fait quand il s'agit d'une fracture comminutive dans la continuité. La fracture avait, il est vrai, ouvert l'articulation; je n'ai pas cru et je ne suis pas disposé à croire que ce soit une raison pour reculer. M. Demarquay craint que, même après guérison, il ne fût resté au malade un membre inutile. Mais rien ne le prouve, et d'ailleurs les amputations consécutives aux resections sont relativement très-bénignes. Je crois donc encore que l'on peut, sans compromettre l'art, offrir à un malade comme le mien la seule ressource que permette la chirurgie.

M. DEMARQUAY. M. Verneuil vient de soulever une question incidente qui pourrait établir une confusion. Enlever les fragments trop compromis d'une fracture comminutive même articulaire, ce n'est pas faire une resection, cela est tout différent.

M. RICHET. M. Verneuil a démontré victorieusement, selon moi, que l'amputation de la cuisse n'était pas praticable chez son malade. Pour les mêmes raisons, je crois, je le répète, qu'on ne devrait pas resequer.

M. PERRIN. Je suis disposé à partager la manière de voir de M. Verneuil : on a le droit de la hardiesse, quand le malade n'a rien à perdre de votre intervention. Mais je demeure convaincu que la resection ne peut être en principe préférée à l'amputation. Il est même impossible d'établir une règle, car j'ai vu amputer dans des cas où le membre était infiltré de pus, les muscles décollés, et guérir deux ou trois fois. Mais cela ne peut servir à créer un précepte, pas plus que les deux cas heureux et remarquables de résection du genou dont M. Verneuil nous a entretenus l'année dernière, et dont il s'est évidemment inspiré. M. Le Fort nous parlait du danger de la suppression brusque d'une partie de l'arbre circulatoire, mais les désarticulés de l'épaule guérissent cependant bien.

M. BLOT. La question soulevée par M. Le Fort est plus complexe qu'il ne semble le croire. Dire que l'amputation d'un membre est grave parce qu'elle supprime une grande partie du champ de la circulation et la modifie, ce n'est pas tout dire. Voyez, en effet, ce qui se passe après l'accouchement. On ne peut nier qu'il n'y ait un bien plus grand changement apporté dans la circulation après l'expulsion du placenta et le retrait de l'utérus qu'après une amputation. Il serait

d'ailleurs nécessaire de prouver le trouble circulatoire en étudiant la circulation chez les amputés, et pour cela des expériences sphygmographiques seraient indispensables.

M. LE FORT. Il ne s'agit pas seulement chez les amputés, comme chez les accouchées, d'une modification brusque apportée à la circulation, mais aussi de l'enlèvement d'une partie considérable du corps. C'est pour cela que l'amputation de la cuisse est plus grave que la désarticulation de l'épaule. Je suis arrivé à l'hypothèse que je défends en constatant que parmi les désarticulations de la cuisse suivies de guérison, figurent un bon nombre de désarticulations consécutives à des amputations.

PRÉSENTATIONS.

Énucléation de l'œil.

M. WOLFE, d'Aberdeen (Écosse), présente à la Société un œil qu'il a énucléé par le procédé de Bonnet.

Il y a quatorze ans, le malade dont il est question, âgé de cinquante ans, mécanicien de son état, reçut à l'œil droit un coup d'une barre de fer tranchante. Il en résulta une plaie à l'union de la cornée avec la sclérotique et conséquemment une atrophie.

Il y a deux ans le malade s'aperçut que sa vue faiblissait dans l'œil gauche, et c'est pour cette amblyopie qu'il vint me consulter.

L'œil, examiné à l'ophthalmoscope, laisse apercevoir une hyperémie de la papille avec des plaques pigmenteuses.

C'est pour arrêter les progrès de cette affection que l'énucléation de l'œil blessé fut pratiquée il y a cinq mois; notons ici qu'avant l'opération et malgré quatorze ans de cécité, cet œil présentait encore une certaine sensibilité au toucher. A la dissection, on trouve la moitié du muscle ciliaire ossifiée, on remarque sur la papille une plaque osseuse, arrondie, de quatre millimètres de diamètre, supportée par un pédicule fibreux qui semble émaner de l'artère centrale de la rétine. Après l'opération, l'hyperémie disparut dans l'œil gauche, et la vue aujourd'hui est à peu près complétement rétablie.

L'énucléation est pratiquée plus fréquemment en Angleterre qu'en France. Toutes les fois que les fonctions d'un œil s'altèrent sous l'influence de la désorganisation traumatique de l'œil voisin, nous énucléons ce dernier et nous observons habituellement un résultat satisfaisant.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait bien d'une ossification.

Tumeur congénitale du scrotum.

M. DOLBEAU. La tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter, je viens de l'enlever, il y a une heure, sur un petit garçon de dix-huit mois. L'enfant est très-fort, bien constitué; il est né de parents très-sains, qui ne portent aucun vice de conformation.

La maladie est congénitale; suivant la mère, l'enfant portait, au moment de sa naissance, plusieurs petites tumeurs du scrotum du volume d'un grain de millet. Ces tumeurs ont été toujours augmentant de volume, et cette marche croissante est la seule raison qui nous a engagé à pratiquer l'extirpation.

Voici comment se présentait l'affection. Le scrotum est sain, bien normal, il renferme les deux testicules; au-dessous des bourses pend une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est appendue au scrotum par une base qui a deux centimètres dans le sens antéro-postérieur et un centimètre transversalement; elle est à cheval sur le raphé médian et empiète à gauche et à droite sur la peau des bourses dont elle est évidemment une dépendance.

Cette tumeur, d'aspect cutané, offre une coloration violacée qui semble tenir à sa situation déclive en même temps qu'à la présence de quelques grosses veines; cependant elle n'a aucun des caractères des tumeurs érectiles.

Simple à sa base, la tumeur est formée, dans sa partie libre, par cinq mamelons qui sont séparés et qui circonscrivent une petite cavité dont les parois, constituées d'ailleurs par les faces correspondantes des mamelons, sont lisses, muqueuses, enduites d'un liquide sébacé d'odeur assez pénétrante.

Les mamelons, dont l'ensemble constitue la tumeur, sont formés par la peau des bourses; tous sont réunis à leur base, excepté l'un d'eux qui est franchement pédiculé.

Tous ces mamelons sont d'une consistance assez ferme, surtout celui qui est pédiculé; ils semblent tous une sorte d'exagération de plusieurs plis du scrotum.

D'ailleurs, la tumeur, qui grossit sans cesse, n'est le siége d'aucune douleur; on peut l'examiner facilement sans que l'enfant se plaigne.

L'opération n'a rien présenté de particulier.

L'examen de la tumeur, fait à l'œil nu, permet de constater que chacun des mamelons qui la composent sont une dépendance de la peau; ils se composent d'une peau très-fine, lisse, et d'une masse incluse, qui semble une exagération, comme épaisseur, de la couche dartoïque du scrotum. Cette partie centrale de chaque mamelon est, en effet, composée de fibres, les unes blanches, les autres rougeâtres,

très-fortement intriquées, au point de donner à la tumeur une consistance à la fois ferme et élastique; par places, il y a de petits grains, d'un blanc jaunâtre, qui semblent formés de fibres enroulées.

Notre collègue, M. Verneuil, a bien voulu examiner cette pièce, et voici les résultats qu'il nous fournit. « Cette pièce, examinée au microscope, ne renferme absolument que du tissu fibreux. »

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

SÉANCE DU 23 AOUT 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

— Notre correspondant M. Putégnat nous adresse un opuscule intitulé : *Quelques mots sur la deuxième édition du Traité de la pneumonie de M. le professeur Grisolle.*

COMMUNICATION.

Plaie pénétrante du genou.

M. VERNEUIL. Puisqu'il s'agit de traumatisme du genou , je communiquerai à la Société un nouveau fait tout récent qui m'a bien péniblement affecté, et qui démontre encore l'extrême gravité des lésions de ce genre. Il a été observé sur un de nos confrères qui a succombé en quelques jours aux suites d'une fracture de la rotule compliquée de plaie au tégument. Impressionné par la discussion de la dernière séance et par l'espèce de réprobation dont avait été frappée l'opération dont je vous avais fait le récit, j'ai été plus réservé, plus timide, plus conservateur que mes convictions ne me l'eussent permis en d'autres circonstances, et je n'ai pas eu à m'en louer. Voici le fait.

Coup de pied de cheval. — Fracture de la rotule avec plaie cutanée de 3 centimètres. — Réunion immédiate par la suture et le collodion. — Épanchement considérable de sang et de gaz dans le tissu cellulaire. — Insuccès de la réunion. — Débridements multiples. — Phénomènes généraux graves dès le quatrième jour. — Mort dès le sixième.

Le docteur Beaumont (de Montmartre) me fit mander le lundi 14 août pour un accident qui venait de lui arriver. Il conduisait lui-même une voiture très-basse. Le cheval avait rué et l'avait frappé aux deux genoux. A droite, le fer avait porté au niveau des insertions de la patte d'oie, et y avait laissé son empreinte sous forme d'une contusion sans déchirure profonde de la peau. A gauche, le coup avait porté sur la partie antérieure de l'articulation.

La rotule était fracturée presque transversalement à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. En même temps, l'extrémité du fer, agissant presque à la manière d'un instrument tranchant, avait fait à la peau une plaie à peu près transversale, longue de 3 centimètres, dont les bords très-nets étaient à peine écartés. Le genou était fléchi à angle droit lors de l'accident, mais l'extension du membre avait détruit le parallélisme entre la ligne de la fracture et la division cutanée. La première semblait remontée à 3 centimètres environ.

Lorsque je vis le blessé à midi, trois heures après l'accident, je constatai les particularités précédentes. L'écartement entre les fragments ne dépassait pas 7 à 8 millimètres. La plaie fournissait un peu de sang noir. Il n'y avait point de gonflement, à peine de douleur. Les bords de la plaie ne semblaient point contus. M. Beaumont, âgé de cinquante et un ans, d'une belle constitution et d'une santé robuste, malgré une imagination très-ardente, un esprit cultivé et une instruction réelle, s'inquiète médiocrement de son état et n'entrevoit pas la gravité du cas. Je ne juge pas opportun de l'éclairer, encore moins de lui proposer une opération grave. J'espère ramener les choses à la simplicité et prévenir les accidents ultérieurs en obtenant la réunion immédiate de la petite plaie.

Après avoir enlevé les minces caillots qui bordent les lèvres de la plaie, je réunis celle-ci à l'aide de trois points de suture pratiqués avec des aiguilles et des fils très-ténus, et j'applique une couche large et épaisse de collodion. Une longue gouttière, disposée en plan incliné, maintient étroitement et immobilise le pied et le membre tout entier. Une vessie de glace suspendue à un cerceau recouvre largement toute la région blessée sans la fatiguer par son poids. Régime approprié : bouillons, potages, boissons délayantes.

Le lendemain matin, gonflement très-médiocre, bonne position du membre; cependant, en un point très-circonscrit, existe une douleur qui, sans être très-vive, agace le malade; il se plaint de n'avoir pas eu de repos complet la nuit précédente, et croit devoir en accuser un des points de suture dont il voudrait bien être débarrassé. Je reconnais cependant que le point douloureux siége à plus d'un travers de doigt de la ligne de réunion, où l'affrontement paraît irréprochable, et qui n'offre aucun signe d'inflammation. Pour explorer les sutures, j'avais fenêtré la couche de collodion et mis la peau à découvert dans une petite étendue. Ne voyant rien de suspect, je prescris seulement en ce point des applications de laudanum pur et fais continuer la glace. Au reste, apyrexie complète et retour de l'appétit. J'autorise quelques aliments légers. Une noix de côtelette est prise avec plaisir dans l'après-midi. Moral calme.

La journée du mardi se passe bien. Le soir, les douleurs du genou paraissent se réveiller. Le malade s'administre une petite dose de morphine que j'avais permise au cas où elle serait nécessaire au repos. Le résultat sembla avautageux, car la nuit fut bonne.

Le mercredi, tout semble aller à souhait. Le genou est à peine tuméfié et à peu près insensible. L'application du froid est toujours très-agréable; le point réuni est aussi exempt d'inflammation qu'au moment de l'application des sutures; j'espère beaucoup le succès de la réunion, mais l'absence d'irritation locale me fait différer l'ablation des fils.

Le jeudi, la douleur du genou reparaît et la tuméfaction augmente un peu; un léger mouvement fébrile se déclare, et l'état général est moins bon. Cependant la suture ne paraît pas compromise; je m'attendais bien à un certain degré d'arthrite traumatique. Je me contente donc d'instituer le traitement général : je conseille de restreindre les aliments; je prescris un lavement pour remédier à la constipation, et une potion avec l'alcoolature d'aconit. Le tableau malheureusement change dans la soirée et dans la nuit.

Le lendemain, les choses ont bien changé : quelques bulles de gaz et de sérosité sanguinolente s'échappent entre les points de suture; la tuméfaction du genou s'est accrue, et s'étend vers la jambe et la cuisse; il y a de la fièvre, du malaise; la nuit a été agitée, et le malade parle avec une certaine exaltation. La réunion est évidemment manquée, et nous nous retrouvons devant les éventualités graves de la suppuration articulaire. Je dis quelques mots sur la possibilité d'une opération ultérieure; mais le blessé, qui me comprend à demi-mot, rejette avec vivacité toute tentative de ce genre; peut-être ai-je à me reprocher de n'avoir pas insisté et de n'avoir pas posé catégorique-

ment la question. A cette époque, la resection du genou eût été réellement indiquée; mais je suis certain qu'elle eût été catégoriquement refusée. Comme l'inflammation était encore circonscrite aux alentours de la plaie, je crus pouvoir la conjurer encore en enlevant les points de suture, en débridant la plaie et en substituant à la glace les cataplasmes émollients. Je donnai issue de cette manière à des gaz et à du sang noirâtre sans mauvaise odeur. Au voisinage de la fracture, je trouve un caillot noir, consistant, non altéré, ce qui prouve qu'il n'y a pas encore de suppuration; l'indolence du jarret, des parties latérales du genou, la possibilité même de soulever le membre sans provoquer de douleur, démontrent encore que l'arthrite n'est pas déclarée. J'attribue d'ailleurs l'agitation et une partie des troubles généraux à la constipation persistante et à une dose de morphine un peu forte que M. Beaumont a prise dans la nuit. En un mot, j'attends encore quelques résultats de l'expectation.

Mes illusions ne furent pas de longue durée. A dix heures du soir, les accidents locaux et généraux ont fait des progrès terribles : la jambe et tout le genou sont rouges, tuméfiés, très-douloureux en certains points, surtout au côté externe de la jointure et sur la face interne du tibia. Le toucher y révèle une crépitation emphysémateuse; délire continuel, face animée, pouls petit et fréquent, langue sèche, etc.

Dans le cours de la journée, l'inflammation avait marché grand train, et j'avais affaire à un phlegmon diffus commençant avec infiltration gazeuse.

Je ne pouvais, à cette heure avancée et sans aide, pratiquer l'amputation de la cuisse. Je me contentai donc, avec l'aide des personnes de la famille, d'endormir le malade, et de faire sur la jambe, sur les parties antérieure et latérale externe du genou des incisions larges et profondes qui donnèrent issue à une grande quantité de gaz et de sang altéré, qui paraissait déjà mélangé d'une certaine proportion de pus. Les débridements et la perte de sang qui en fut la suite amenèrent un soulagement très-notable; le reste de la nuit fut meilleur; il y eut quelques heures de sommeil avec rêvasseries, mais sans délire violent.

Le samedi, je me trouvais à onze heures du matin, avec mes confrères, MM. Lefeuvre et Dufour, qui depuis l'accident avaient, conjointement avec moi, assisté notre pauvre malade. Les incisions avaient très-avantageusement modifié l'état de la jambe; mais la lésion avait gagné la face externe de la cuisse et l'infiltration remontait de ce côté non loin du grand trochanter; la face antérieure et interne, au contraire, n'avait presque rien, et la tuméfaction dans ce sens ne dépassait pas les

limites de la synoviale. J'en conclus qu'il n'y avait pas d'infiltration dans la profondeur même du membre, qu'il y avait seulement propagation du phlegmon diffus, et qu'il était encore indiqué d'appliquer là les grands débridements.

Nouvelle anesthésie : trois incisions sont pratiquées sur la face externe de la cuisse et confirment mes prévisions ; du sang altéré et des gaz s'échappèrent en abondance de la couche sous-cutanée largement décollée ; en cas d'impuissance des débridements, j'avais formellement proposé l'amputation de la cuisse.

L'événement mit un terme à ces hésitations : la mort survint dans le cours de la nuit suivante.

En récapitulant les phases de ce cas malheureux, je me demande si j'ai suivi en réalité la meilleure marche. Devais-je dès l'abord proposer le sacrifice du membre ? Mais la plaie était limitée sans contusion notable des bords. Comment résister à la tentation d'une réunion qui, dans un cas analogue, m'avait si bien réussi ! La marche si simple dans les trois premiers jours me donnèrent raison ; mais bientôt les accidents survinrent rapides et formidables; ce qui me trompa surtout, c'est que localement ils prirent les allures du phlegmon diffus et non point de l'arthrite suppurée. Cette forme de complication n'avait rien d'insolite, l'ouverture de la bourse séreuse anté-rotulienne y donne souvent lieu. Aurais-je empêché son développement en laissant dès le début la plaie ouverte ? Mais alors je transgressais le précepte formel de réunir les plaies pénétrantes des articulations.

J'ai hésité à pratiquer une opération radicale dès le début, parce que celle-ci eût été refusée à coup sûr, et lorsque le moment arriva de prendre un parti, il était déjà trop tard, et nous étions débordés par les symptômes généraux.

Il faut ajouter ce fait au martyrologe des plaies pénétrantes du genou traitées par les moyens anodins, et je regrette de n'avoir pas été plus hardi ; aussi en pareil cas je n'hésiterai plus à me montrer plus radical.

Lorsque autrefois je portai devant vous cette question importante, j'espérai que, puisant dans votre vaste expérience, vous voudriez bien citer tous les faits de votre pratique, afin que de leur réunion et de leur comparaison on pût tirer des préceptes plus sûrs, plus formels pour la thérapeutique de ces redoutables accidents. Mon appel à cette époque fut à peine entendu ; je le renouvelle aujourd'hui, et je vous demande si en pareille circonstance vous eussiez agi comme moi ou différemment.

Je vous adresse donc les questions suivantes : Fallait-il amputer ou reséquer de suite? Fallait-il réunir et attendre? La réunion manquée,

fallait-il agir immédiatement, et lors même que l'arthrite purulente n'existait pas encore?

C'est avec des faits nombreux diversement traités qu'on pourra seulement savoir lequel de ces partis est le meilleur. Tous sont graves, tous donneront des revers; mais quel est celui d'entre eux qui diminue la chance d'une mortalité si effrayante?

DISCUSSION.

M. RICHET. Notre honorable collègue, en nous invitant à rappeler nos souvenirs personnels sur la question qu'il soulève, nous prend un peu au dépourvu. Bien des moyens ont été proposés contre les grands accidents des plaies pénétrantes du genou. Je ne les ai pas tous mis en usage; ainsi, n'ai-je pas employé la méthode proposé par Reybard. Persuadé que tous les accidents tiennent à la rétention du pus, le chirurgien de Lyon proposait non-seulement d'ouvrir l'articulation, mais de trépaner les condyles. Il y a dans son mémoire deux cas de guérisons. J'ai eu recours aux grandes incisions, et dans un cas j'ai cru devoir, pour ouvrir l'articulation, cerner la rotule par une vaste incision demi-circulaire, qui me permît de la relever avec les parties molles, et d'agir dans l'articulation que je détergeai à l'aide de lavages. Il fallut cependant pratiquer l'amputation de la cuisse, et le malade succomba. J'ai été assez heureux, au contraire, pour guérir d'une arthrite traumatique suppurée un malade auquel j'appliquai de larges vésicatoires, d'après la méthode préconisée par notre collègue M. Fleury (de Clermont).

M. DOLBEAU. Je suis un peu surpris d'entendre déclarer à M. Verneuil que nous manquons de règles bien établies pour le traitement des plaies pénétrantes du genou. Il est démontré que bon nombre de malades ont guéri sous l'influence du repos, des réfrigérants et de la réunion. Il en est d'autres chez lesquels l'arthrite purulente s'est montrée. Je considère que dans ce cas il faut amputer et se hâter, car je ne connais pas de traitement efficace. Mais si la nature de la plaie le permet, je ne crois pas qu'un chirurgien ait le droit de poser d'emblée la question d'amputation. Je n'ai pas à vous exposer la manière de mettre en usage les moyens dont je parlais tout à l'heure. Je dirai seulement que je repousse la suture et que la réunion ne doit être tentée qu'à l'aide des agglutinatifs et en particulier du collodion.

Voici maintenant ce que j'ai observé. Un malade atteint d'une plaie bornée aux parties molles, mais assez étendue pour permettre de voir un des condyles fémoraux, a guéri sous l'irrigation. Chez un autre, il n'y avait qu'une plaie dont la pénétration avait pu paraître douteuse à quelques-uns; elle avait été produite par un caillou pointu. Arthrite

purulente, refus d'amputation, mort. Enfin, j'ai vu survenir aussi l'arthrite purulente chez un malade auquel j'avais ponctionné le genou pour une hydarthrose. Je l'ai amputé et il a guéri.

M. LEGOUEST. La question d'amputation pour les plaies pénétrantes du genou ne peut être posée aussi catégoriquement que le voudrait M. Verneuil. Je rappellerai pour plus de commodité la division classique des plaies par instruments piquants, tranchants et contondants. Si la plaie par instrument piquant ou tranchant a été produite de telle façon que les parties molles nettement divisées n'aient pas subi d'attrition, que les os soient demeurés intacts, il ne faut pas hésiter à chercher à guérir par les moyens tout à l'heure indiqués par M. Dolbeau; mais, comme notre collègue, je repousse les sutures. quelles qu'elles soient. J'ai vu dans ces conditions plusieurs guérisons se produire. J'ai même vu la guérison obtenue dans un cas de plaie pénétrante par balle, les os n'étaient pas atteints.

Je reconnais toute la gravité de l'arthrite traumatique, mais je ne crois pas que nous soyons aussi désarmés qu'on semble le croire. C'est à peine si l'on songe aujourd'hui à se servir des sangsues; j'ai vu cependant dans quelques cas des arthrites heureusement modifiées sous leur influence. Il m'a été donné aussi d'en voir guérir à la suite des vésicatoires. Voici donc des moyens de prévenir l'arthrite et de la combattre.

La question d'amputation ou de résection ne se pose immédiatement que lorsque les os sont atteints. Vous trouverez dans le Manuel de Percy le cas d'un capitaine de navire qui guérit d'une plaie pénétrante du genou compliquée de lésions osseuses; il ne guérit, il est vrai, qu'après avoir traversé les plus grands accidents. Vous en trouverez d'autres à titre de cas rares dans les auteurs. Je dirais volontiers que de semblables faits ne servent qu'à induire les jeunes chirurgiens en erreur. Il m'arrive souvent de rencontrer dans mon quartier un enfant auquel j'ai vidé deux ou trois fois le genou par la ponction. L'articulation était remplie de pus. Je proposai l'amputation, elle fut refusée, et depuis le malade a guéri et se promène dans les rues. Il s'agit, il est vrai, d'un enfant, et tant de choses guérissent chez eux qui déjouent toutes les médications chez l'adulte. Il n'en est pas moins vrai qu'avec une arthrite traumatique du genou arrivée à la suppuration, la question de l'amputation se pose inévitablement.

Mais c'est pour les cas que je viens de rappeler en dernier lieu, et non pour les pénétrations simples qu'elle est impérieusement et fatalement posée. Elle ne peut l'être, immédiatement du moins, en l'absence de complications.

M. MARJOLIN. Je partage les idées que vient d'exposer M. Le-

gouest. Je crois cependant que l'on peut encore tenter la conservation lorsque les os sont atteints, mais il faut pour cela que la contusion n'ait pas été violente. Je crois que dans le cas de M. Verneuil la contusion violente qui avait accompagné la plaie rendait les accidents bien difficiles à conjurer. Je fais la part de guérison plus facile chez les enfants que j'ai surtout observés, il ne faudrait pas croire qu'ils guérissent tous, tant s'en faut. Je rejette d'une manière absolue l'emploi de la suture, cependant je rapproche les lèvres de la plaie à l'aide des agglutinatifs. Je repousse aussi l'emploi de la glace, les irrigations me semblent de beaucoup préférables, les ventouses scarifiées, les émollients complètent à peu près la série des moyens que je mets en usage.

COMMUNICATIONS.

Cancer du testicule. — Récidives.

M. TILLAUX fait une communication qui a pour but de compléter une observation publiée dans un Mémoire sur la maladie kystique du testicule qu'il a lu à la Société il y a plusieurs mois. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans auquel M. Tillaux enleva, au mois de septembre 1864, à l'hôpital Lariboisière, une tumeur kystique du testicule, tumeur dont il plaça le point de départ dans les lymphatiques de l'organe, après en avoir fait une dissection très-minutieuse. Toute la question était de savoir si la production morbide se reproduirait ou non, si elle infecterait ou non l'économie.

M. Tillaux crut trouver un élément de pronostic dans l'origine lymphatique des kystes, il émit l'espoir que son malade guérirait sans récidive; mais cet espoir a été déçu. Le jeune homme a succombé ces jours derniers, et l'autopsie faite par M. le docteur Raynaud, à l'Hôtel-Dieu, a permis de constater un cancer de la rate, du diaphragme, de la plèvre gauche, du poumon et des deux cornes postérieures du cerveau. La fin de cette intéressante observation sera du reste publiée *in extenso* par M. Raynaud.

C'était donc bien à un cancer de la pire espèce que M. Tillaux avait eu affaire et c'est en vain qu'il a fait des efforts pour déterminer, pièce en main, la bénignité où la malignité de la maladie kystique du testicule.

Staphylôme sphérique congénital des deux cornées.

M. DOLBEAU. Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen si compétent les yeux d'un petit enfant venu au monde, à huit mois, dans le service de M. le professeur Depaul. Notre collègue, retenu par des devoirs officiels, m'a chargé d'examiner les pièces et de les apporter en son nom.

Pendant la vie, car cet enfant a vécu quelques heures, on a été frappé de deux choses : 1° de la saillie exagérée des deux cornées; 2° de l'aspect laiteux que présentent ces membranes.

Vus de côté, les yeux du petit enfant présentaient une apparence singulière; à la partie antérieure de chaque globe, il semblait qu'il y eût une petite sphère de cristal surajoutée au bulbe oculaire; l'œil paraissait très-brillant, et cependant la cornée n'avait pas sa transparence habituelle; en outre, à la partie antérieure de la cornée, et suivant le diamètre vertical de cette membrane, il y avait une sorte de rainure transparente qui permettait de voir l'iris et les chambres de l'œil. Il semblait que la pupille fût verticale, et cependant, en y regardant de près, on voyait que l'orifice pupillaire avait sa forme circulaire.

Examinez, Messieurs, ce vice de conformation, puis nous ouvrirons les yeux et nous analyserons alors l'état anatomique de ces yeux.

Examen des deux globes. — L'énucléation de l'œil, étant préalablement faite, on trouve que la sclérotique est amincie par places, et laisse voir par transparence la teinte noire de la choroïde.

Œil droit. — L'œil droit est incisé de la manière suivante. A l'aide d'une pince, on fait un pli à la sclérotique en un point situé à peu près à égale distance de la cornée et du pôle postérieur du globe de l'œil. Puis on incise la sclérotique en ce point, et on continue l'incision de manière à diviser l'œil en deux segments : l'un antérieur, l'autre postérieur. La choroïde est respectée, et on détache de cette membrane la sclérotique incisée. On aperçoit alors, dans l'épaisseur de la choroïde et sur sa face externe, quelques taches rouges dues à des extravasations sanguines. La choroïde étant séparée de la rétine, on voit que ces hémorrhagies choroïdiennes n'existent pas sur la face antérieure. La pupille est parfaitement normale, centrale et circulaire, la chambre antérieure n'offre pas d'altération.

Sur la face postérieure de la cornée, on trouve deux dépressions produites par l'écartement des lames postérieures de cette membrane. C'est à la plus grande d'entre elles qu'est due la teinte rouge que l'on apercevait par transparence à travers la cornée. Cette teinte rouge avait la forme d'un losange allongé dans le sens vertical et pouvait faire croire à une pupille déformée et semblable à celle du chat.

Ces solutions de continuité ressemblent à l'écartement des bords d'une plaie faite à l'aide d'un instrument tranchant.

La plus grande d'entre elles a une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Sa position est près de la partie interne, et elle occupe la cornée en ce point dans toute son étendue, ses extrémités sont très-près de la sclérotique. La plus petite est environ de moi-

tié moins longue que celle que nous venons de décrire, et elle est située en dehors de la précédente, à peu près au centre de la cornée.

Œil gauche. — Les altérations de l'œil gauche sont analogues à celles de l'œil droit.

Fongus tuberculeux du testicule.

M. DEMARQUAY présente une tumeur du testicule récemment enlevée et donne les renseignements suivants.

M. A..., âgé de trente-cinq ans, architecte, est entré à la Maison municipale de santé le 27 juillet 1865.

Ce malade, qui paraît d'une constitution assez faible, dit cependant s'être toujours bien porté ; il n'a jamais fait de maladie grave. Il ne connaît pas d'antécédents pathologiques dans sa famille. Il dit n'avoir jamais contracté la syphilis, dont il ne présente du reste aucune trace.

Huit mois avant son entrée à la Maison de santé, ce malade s'aperçut que son testicule gauche était plus gros que normalement. Il n'y éprouvait aucune douleur; il ressentait seulement à de rares intervalles quelques petits élancements.

Ce testicule augmenta peu à peu de volume ; il était très-dur, nous dit le malade; la peau restait normale. Mais un mois avant son entrée, elle devint rouge, luisante, et, trois semaines après, elle s'ouvrit dans le point le plus saillant de la tumeur, c'est-à-dire à sa face antérieure.

Voici quel est l'état du malade le jour de son entrée :

Le testicule droit paraît sain et d'un volume normal; toute la partie gauche du scrotum forme une tumeur dure, volumineuse et assez pesante. A la partie antérieure, la peau est rougeâtre et tendue, et au centre de cette partie il existe une petite ulcération fongueuse large de 1 centimètre. La tumeur est toujours indolente, même à la pression dans toute son étendue; il est impossible de retrouver le testicule, ce qui montre que c'est bien cet organe lui-même profondément altéré qui constitue la tumeur.

Au point de vue de son état général, le malade paraît très-affaibli. Il a beaucoup maigri, il est sujet depuis quelque temps à des sueurs nocturnes; cependant il ne tousse pas. Dès son entrée, on soumet le malade à un régime tonique et réconfortant.

Mais l'ulcération, qui, à l'entrée du malade, était à peine de 1 centimètre, s'agrandissait rapidement, et elle ne tarda pas à envahir presque toute la face antérieure de la partie gauche du scrotum.

A l'entrée du malade, son état général ne permettait pas de tenter une opération; mais, cet état s'améliorant sous l'influence du régime, M. Demarquay se décida à pratiquer l'ablation de la tumeur le 21 août.

Comme nous l'avons dit, la peau était détruite par ulcération sur presque toute la face antérieure de la tumeur. M. Demarquay commença la dissection autour de la partie ulcérée. Cette dissection fut longue et pénible à cause de l'adhérence très-intime de la tumeur aux parties voisines. Son adhérence à la cloison scrotale était même telle qu'on fut obligé d'enlever cette cloison; on mit ainsi à nu le testicule du côté droit. Lorsqu'on fut arrivé à la partie supérieure de la tumeur, il fallut prendre de grandes précautions pour éviter la blessure du corps caverneux correspondant auquel la tumeur adhérait. Enfin, on coupa le cordon, et la tumeur fut définitivement enlevée. Il fallut faire de nombreuses ligatures, car l'état général du malade devait faire éviter une perte de sang un peu abondante. Néanmoins, dans la journée, il se déclara dans l'angle supérieur de la plaie, près du corps caverneux, une hémorrhagie abondante qu'on dut arrêter par le fer rouge.

Le malade eut dans la journée quelques vomissements qu'on pouvait attribuer au chloroforme.

Le lendemain et les jours suivants, l'état du malade devint très-satisfaisant.

Rien de particulier à noter du côté de la plaie.

La tumeur enlevée a la forme d'un ovoïde un peu aplati. Son poids est de 180 grammes. La grande circonférence mesure 22 centimètres, la petite en mesure 19. La surface de section est lisse, et offre une couleur blanc jaunâtre. Sur un point de son étendue est un petit îlot de couleur noirâtre que l'examen microscopique a montré être un débris de tissu sain de la glande séminale. Cette coupe seule fait voir que la tumeur est constituée par une dégénérescence totale de la glande et de l'épididyme tout à fait confondue avec elle. En haut et comme englobée par la tumeur, on voit une partie rouge et comme charnue : c'est l'origine du cordon, qui paraît être resté sain.

Voici quel a été le résultat de l'examen microscopique, qui a été fait par M. le docteur Ranvier :

Dans les portions jaunâtres et caséeuses qui forment la plus grande partie de la tumeur, on trouve des noyaux et des cellules ratatinées, une substance amorphe parsemée de fines granulations graisseuses; cette matière unit fortement entre eux les autres éléments, de telle sorte qu'il est difficile de les désagréger; de gros corpuscules noirs, granuleux, formés par des cristaux de margarine ou de stéarine en aiguilles, et réunis de telle sorte qu'ils vont en rayonnant d'un point central, enfin des granulations et des gouttelettes de graisse libre.

Il n'est pas possible d'observer dans cette masse caséeuse de vesti-

ges des canalicules spermatiques. On y remarque quelques vaisseaux paraissant oblitérés.

A la limite de la grande masse caséeuse, on trouve vers quelques points un tissu grisâtre et translucide. Ce tissu est constitué par des éléments cellulaires du tissu connectif accumulés en grande quantité entre les tubes séminifères. Les parois de ceux-ci sont fixées par le tissu de nouvelle formation ; leur épithélium a subi la dégénérescence graisseuse dans quelques points, mais non dans tous.

En résumé, cette production pathologique doit être rangée dans le groupe des produits tuberculeux. La dégénérescence caséeuse n'a pas pour point de départ des granulations grises, qui ne se rencontrent pas ici, mais bien du tissu connectif de nouvelle formation développé entre les conduits spermatiques.

M. GUYON. J'ai eu l'occasion d'étudier deux tumeurs du testicule en apparence semblables à celle que M. Demarquay vient de vous présenter. L'une d'elles a été montrée à la Société anatomique (*Bulletins*, 1857, p. 31); dans l'un et l'autre cas, la nature tuberculeuse, d'abord soupçonnée, fut complétement infirmée par l'examen microscopique. Cet examen fut fait par MM. Verneuil, Robin et moi-même.

M. VERNEUIL. Il s'agissait, en effet, d'une modification toute particulière de l'épithélium dont je n'ai pas observé d'autre exemple.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, F. Guyon.

SÉANCE DU 29 AOUT 1865.

Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que, par décret en date du 26 août, la Société de chirurgie est autorisée à prendre le titre d'*Impériale*.

La Société prendra désormais ce titre dans tous ses actes.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médicale de Strasbourg;*

Le *Bulletin médical du nord de la France;*

Le *Journal de médecine de Bordeaux;*

Le *Compte rendu des séances de la Société médicale allemande de Paris pour 1845.*

— M. le docteur Sandras fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *De la digestion,* etc.

— Le directeur général du département médical de l'armée anglaise écrit pour remercier de l'envoi du 3e fascicule du t. VI des Mémoires de la Société.

— M. le docteur Wolfe, professeur d'ophthalmologie à Aberdeen (Écosse), écrit pour demander le titre de membre correspondant étranger.

— Notre collègue M. Boinet écrit pour demander un congé de cinq semaines.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Anévrysme spontané de l'artère poplitée gauche.

M. LEGOUEST présente à la Société un malade guéri d'un anévrysme poplité par la compression indirecte, et fait connaître les détails contenus dans l'observation suivante.

Le sieur P..., chef armurier du 35e régiment de ligne, éprouvait, depuis deux ou trois ans, des douleurs dans le pied gauche et dans le bas de la jambe, lorsqu'en 1863, étant couché dans son lit, il porta par hasard la main dans le creux du jarret où il trouva des battements insolites en même temps qu'une tumeur profondément située et de la grosseur d'une petite noix. Il consulta un médecin, qui reconnut un anévrysme et l'engagea à entrer à l'hôpital. Pressé par ses affaires, le sieur P... ne put suivre immédiatement ce conseil. A la suite d'un travail forcé et très-fatigant, son pied resta froid pendant huit jours au moins, et ses orteils devinrent noirs; un repos au lit de quinze jours, des frictions excitantes, rétablirent les choses dans leur premier état.

Néanmoins le malade entra à l'hôpital militaire de Dunkerque, deux mois environ après s'être aperçu de son affection. Il y fut traité par la compression digitale, faite pendant un quart d'heure par heure, et, le jour seulement durant six semaines, sur l'artère fémorale au pli de l'aine. Un soulagement marqué, que le malade attribue au repos, se manifesta dans les douleurs du pied et de la jambe, l'anévrysme ne subit aucun changement.

Dans le cours de la même année 1863, P... se fait évacuer sur l'hôpital militaire de Lille. Il est soumis à l'usage du perchlorure de fer dix jours avant tout traitement, et il en prend à dose croissante pendant toute la durée de ce traitement, qui consiste dans la compression digitale, aussi continue et aussi complète que possible, pratiquée sur

l'artère fémorale dans le pli de l'aine par des infirmiers. Après soixante heures de durée, la compression digitale, n'ayant amené aucun résultat et étant devenue insupportable, est remplacée par la compression mécanique, faite d'abord dans le pli de l'aine avec un tourniquet, puis cet instrument ne pouvant être toléré par le compresseur de Dupuytren, appliqué un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Pendant onze jours, nuit et jour, on fit alterner, de dix minutes en dix minutes, l'action du compresseur et la compression digitale sans déterminer aucun changement dans l'anévrysme.

Fatigué de l'inutilité de ce traitement et redoutant une opération, le malade sort de l'hôpital en juillet 1863 et reprend ses occupations. Il travaillait peu lui-même, se bornait à surveiller ses ateliers et restait presque toujours assis, la marche le fatiguant beaucoup, et son pied étant devenu douloureux au point de supporter à peine une chaussure. Deux ans se passèrent ainsi, pendant lesquels le médecin du malade l'avait rassuré en lui disant que, tant que son affection restait stationnaire, rien ne pressait d'agir.

En juin 1865, sans cause connue et probablement par le développement de l'anévrysme, les douleurs du pied et de la jambe s'accrurent, et la tumeur, restée jusqu'alors indolente, devint douloureuse. Obligé d'aller de Lyon à Douai, P... souffrit beaucoup pendant le voyage, et, à son arrivée, fut contraint de garder le lit par des élancements très-vifs dans le pied. Il retournait de Douai à Lyon quand, sous l'influence du transport en chemin de fer, ses douleurs dans le pied et dans la jambe devinrent intolérables; ne pouvant plus faire un pas et obligé de se faire porter, il interrompit son voyage, s'arrête à Paris et entre au Val-de-Grâce le 15 juillet dans l'état suivant.

Sujet bien constitué, de taille moyenne, sans embonpoint, âgé de trente-neuf ans, intelligent et disposé à tout supporter pour guérir. On trouve dans le creux du jarret, répondant exactement à l'interligne articulaire du genou, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, arrondie, bien limitée, s'approchant beaucoup de la superficie, présentant des battements énergiques et des mouvements de dilatation considérables isochrones aux pulsations artérielles ; incomplétement réductible par la compression directe, disparaissant par la compression de l'artère fémorale dans le pli de l'aine, au point de ne plus laisser qu'un peu d'empâtement du creux poplité; douloureuse, mais sans changement de couleur à la peau. Les quatre derniers orteils sont violacés et leur extrémité est presque noire; une petite ulcération existe entre les deux derniers orteils : douleurs aiguës dans le bas de la jambe et dans tout l'avant-pied ; température du membre normale.

Il est impossible de sentir les battements de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne. Quelques catasplasmes arrosés d'eau-de-vie camphrée améliorent l'état du pied ; des frictions d'huile opiacée font disparaître les douleurs de la jambe.

Le lundi 24 juillet, l'appareil compresseur de Broca est appliqué : la pelote inférieure fonctionnant mal, la pelote supérieure seule est mise en action, le jour seulement, et de demi-heure en demi-heure. Aucun changement ne se manifeste dans le membre, non plus que dans l'anévrysme.

Le 26, les deux pelotes de l'appareil, remises en état et fonctionnant bien, sont alternativement mises en action dans l'aine, d'une part, au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, de l'autre, et exercent sur l'artère fémorale une compression continue partielle. Le malade, intelligent et, par l'état qu'il exerce, habile à manier les instruments, fait manœuvrer lui-mêmes les pelotes avec beaucoup de dextérité ; il assure que du 26 juillet au 11 août, pendant seize jours, l'appareil a toujours régulièrement fonctionné, sauf quatre ou cinq dérangements survenus la nuit pendant le sommeil.

Dès le 28, troisième jour de la compression, une phlyctène séro-sanguinolente se forme sur le deuxième orteil; l'engourdissement du pied rend les douleurs inappréciables ; la tumeur semble moins réductible par la pression directe et conserve ses battements et ses mouvements de dilatation.

Pendant les jours suivants, la phlyctène du deuxième orteil se flétrit et se sèche, le pied et le pourtour des malléoles présentent un peu d'œdème; la tumeur, toujours animée de battements et de mouvements de dilatation, semble s'accroître et durcir.

Le 11 août le malade se plaint de vives douleurs aux points comprimés, et particulièrement au-dessus de l'anneau du troisième adducteur.

L'appareil compresseur est enlevé, et l'on constate que dans l'extension de la jambe, sur la cuisse, les battements de la tumeur sont à peine perceptibles, qu'ils reparaissent avec énergie lorsque la jambe est demi-fléchie, mais que la tumeur ne disparaît plus par la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine et présente une légère augmentation de volume et une dureté qui n'existait pas avant le traitement.

Le malade reste libre une demi-heure environ : à huit heures un quart il est soumis à la compression digitale dans le pli de l'aine, exercée aussi totalement et continûment que possible par MM. les médecins stagiaires qui se sont offerts spontanément pour la pratiquer. Dans la journée le patient a trois selles diarrhéiques pendant

lesquelles la compression digitale est remplacée par la compression à l'aide d'un tourniquet. On constate que la tumeur durcit de plus en plus.

Le 12, à cinq heures du matin, la tumeur présente encore des battements; à neuf heures, tout battement a disparu, aussi bien pendant la flexion que pendant l'extension de la jambe : on sent battre l'artère collatérale interne tout à fait sous le doigt, en dehors du tendon des muscles de la patte d'oie. Le malade n'a pas dormi; il souffre beaucoup de l'application des doigts dans l'aine, néanmoins il demande que la compression soit continuée jusqu'au soir, *pour assurer sa guérison*.

La compression est arrêtée à huit heures dix minutes du soir, après trente-six heures d'application; la tumeur ne présente pas de battements; ceux-ci ont disparu entre la vingt et unième et la vingt-cinquième heure de la compression.

Le 13, le malade est encore fatigué, mais il est satisfait; les battements n'ont pas reparu dans le creux du jarret; tout le membre donne une sensation de chaleur interne un peu incommode; au toucher, la température est la même à gauche qu'à droite; pas de douleur dans le pied ni dans la jambe; l'ulcération située entre les deux derniers orteils est cicatrisée; le deuxième orteil se dépouille de l'épiderme desséché soulevé par la phlyctène dont il a été atteint; un peu de douleur et de tuméfaction dans l'aine, consécutives à l'application énergique des doigts.

Le 14. État très-satisfaisant; sensation de chaleur dans le membre; température normale au toucher.

Les 15, 16 et 17. Rien de nouveau.

Le 18. Un peu de douleur dans la tumeur.

Le 19. La douleur a disparu; le malade se fait promener en voiture dans les cours.

Les 20, 21 et 22. Le malade fait le tour de la salle en s'aidant d'une béquille; il lui semble que la tumeur du creux du jarret diminue de volume.

Les 23 et 24. La tumeur diminue manifestement.

Du 25 au 30. La tumeur ne présente rien à noter, sinon un peu de sensibilité. Le malade se lève pendant la plus grande partie du jour et peut être considéré comme guéri.

Il sort le 31, avec un congé de convalescence de trois mois; il nous promet de nous tenir au courant de son état et de venir nous revoir à l'expiration de son congé.

Je fondais peu d'espoir, je l'avoue, sur la compression indirecte comme moyen de guérison de cet anévrysme, en raison du peu de

volume de la tumeur, de l'énergie des battements et des mouvements d'expansion dont elle était animée, de la régularité qu'elle présentait et de sa disparition presque complète lorsqu'on comprimait l'artère fémorale au pli de l'aine. Ces divers phénomènes me faisaient supposer que la cavité de l'anévrysme était fusiforme ou peu anfractueuse, que ses parois étaient minces et que le sang y circulait rapidement; conditions peu favorables à la formation des caillots.

Je ne doute pas, d'ailleurs, que ce ne soient ces circonstances qui aient amené l'insuccès des compressions faites précédemment, pendant le séjour du malade aux hôpitaux de Dunkerque et de Lille.

Je suis porté à croire que, dans les cas analogues à celui-ci, la compression digitale employée de prime abord ne peut être que rarement suivie de succès, parce qu'elle ne pouvait être ni exercée ni tolérée pendant un temps suffisamment long, et je pense qu'elle doit être précédée de la compression mécanique appliquée suivant le procédé de Belmas, jusqu'à ce qu'un commencement de modification se soit déclarée dans la tumeur; cette modification, consistant dans une légère augmentation de volume, dans une résistance et une dureté plus grande, enfin dans l'affaiblissement des battements et des mouvements d'expansion, peut se faire attendre fort longtemps.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN. J'ai employé dans trois cas la compression digitale; ce sont les élèves, les sœurs du service qui l'ont pratiquée; elle a été fort bien supportée. Il s'agissait, il est vrai, de comprimer l'humérale; mais je crois devoir demander à M. Legouest si la douleur éprouvée par le malade n'a pas été occasionnée par des pressions trop vigoureuses. — Interrogé dans ce sens, le malade répond que la douleur variait beaucoup d'intensité selon les aides.

M. LE FORT. Je crois la compression surtout douloureuse pour la fémorale, ce qu'expliquent très-bien ses intimes connexions avec les branches du nerf crural. La compression des troncs nerveux voisins de l'humérale est beaucoup plus facile à éviter.

M. RICHET. La compression digitale me semble réaliser les conditions les meilleures. Je la considère comme la plus parfaite des méthodes de compression. Peut-être n'a-t-elle pas été douloureuse par elle-même chez le malade que nous venons de voir, mais parce qu'elle avait été précédée d'applications d'appareils.

M. DESORMEAUX. J'ai traité par la compression digitale un anévrysme du jarret. J'ai eu comme aides les internes et les élèves de l'hôpital Necker. La compression, faite pendant quarante-huit heures d'une façon continue, avait été plutôt insupportable par la fatigue et

l'agacement qu'elle occasionnait au malade que par la douleur. Je dus cependant la faire suspendre, parce qu'une eschare s'était formée sous les doigts au pli de l'aine. Je mis le membre dans la flexion forcée, et j'attendis.

Le lendemain, la gangrène avait envahi la partie inférieure de l'abdomen, le haut de la cuisse, et, ses progrès ayant continués, le malade succomba. La compression était cependant faite dans de très-bonnes conditions; je crois donc qu'en présence de la possibilité de semblables accidents, elle ne saurait trop être surveillée dans son emploi.

M. LEGOUEST. Je répondrai d'une manière générale que l'on produira inévitablement la douleur lorsque l'on se servira de la compression digitale. Il suffit de réfléchir aux conditions dans lesquelles on doit la pratiquer. Il est impossible de prévoir sa durée, et il y a presque toujours certitude d'une longue application. Des aides nombreux sont donc indispensables, et, le malade vous l'a dit lui-même, il en est qui dans leurs pressions dépassent la mesure nécessaire. En toutes circonstances vous vous trouverez dans de semblables conditions. Je crois donc la compression digitale douloureuse par elle-même, et je ne puis admettre avec M. Richet que l'application des appareils ait contribué à la rendre plus pénible. Chez mon malade, dans des essais antérieurs aux miens, elle avait été appliquée d'emblée sans être mieux supportée. Malgré tout, et même avec le fait de M. Desormeaux, ses inconvénients, ses dangers, ses insuccès ne peuvent être comparés à ceux de la ligature.

M. VELPEAU. Il est certain que la compression digitale a ses difficultés et ses dangers; cependant, je crois que cette opération remplacera définitivement la ligature.

Il est surtout difficile d'en prolonger longtemps l'emploi sans être exposé à la voir incomplétement faite ou mal appliquée. Mais il n'est pas nécessaire qu'elle soit continue. Chez un de mes malades, elle n'a jamais été pratiquée plus de trois heures de suite.

Nous sommes édifiés sur la valeur de la méthode, mais son mode d'application est à l'étude et n'est pas encore parfaitement régularisé. J'ai pu dans un cas réussir en recourant successivement à divers modes de compression. Il s'agissait d'un très-volumineux anévrysme poplité. La compression digitale, d'abord employée, fut bientôt insupportable. Je fis alors appliquer dans un autre point le compresseur de notre collègue M. Broca, dont il fallut aussi abandonner l'emploi. Cependant la tumeur avait été modifiée; la flexion forcée fut alors mise en usage, et, sous l'influence de ces divers modes de compression, le malade uérit définitivement.

M. LEGOUEST. Je demanderai à M. Velpeau la permission de lui faire observer que chez mon malade la compression intermittente fut d'abord employée. Mais, reconnue insuffisante, elle dut être remplacée par la compression continue.

M. DESORMEAUX. L'on se méprendrait sur le but de ma communication si l'on pensait que je veux diminuer la valeur de la compression. Je suis très-disposé à y recourir encore à l'occasion; j'ai voulu seulement appeler l'attention sur la possibilité d'accidents graves dont elle a évidemment été la cause.

M. GUERSANT. Je poserais volontiers comme conclusion de tout ce qui vient d'être dit que, pour pratiquer la compression digitale, il est nécessaire de ne recourir qu'à un petit nombre d'aides. En présence de difficultés, d'inconvénients et de dangers réels, la qualité des assistants doit avant tout préoccuper le chirurgien.

Plaies pénétrantes du genou.

(Suite de la discussion.)

M. VERNEUIL. Je crois que déjà mon appel pressant de la dernière séance est bien justifié. Ce qui a été dit prouve, en effet, qu'il y a des préceptes, je ne pouvais l'ignorer, mais témoigne de leur insuffisance. Nous ne saurons bien ce qu'il y a de mieux à faire, dans un cas donné, que si vous continuez à nous faire connaître des faits assez nombreux pour qu'un parti soit pris en toute connaissance de cause.

M. Legouest veut que l'on ampute ou que l'on resèque toutes les fois que la plaie est compliquée de fractures. Pourquoi ai-je donc agi autrement? C'est qu'à côté du précepte j'avais à mettre un fait semblable à celui qui se présentait à mon observation et pour lequel les tentatives de conservation avaient pleinement réussi. Devant un nombre imposant de faits contraires je n'aurais pas hésité. J'ai soumis ma pratique à vos appréciations, et je suis prêt encore à solliciter vos critiques; mais je veux d'abord répondre à celles que vous m'avez adressées.

D'un commun accord, vous rejetez la suture. Je pourrais répondre que déjà je l'avais employée avec succès, mais j'ai d'autres opinions que la mienne en sa faveur. Bonnet (de Lyon) la recommande dans ses deux éditions, et considère les agglutinatifs comme insuffisants. A. Cooper est plus formel encore. Pour lui, la suture est nécessaire dans certains cas. Je répéterais volontiers avec ce chirurgien qu'avec la peau mince du genou, qui se roule si facilement en dedans, tout autre moyen d'affronter les lèvres d'une plaie un peu étendue est in-

fidèle. Cette manière de faire est d'autant plus soutenable que nos procédés de suture sont plus perfectionnés. Je ne puis accepter non plus que l'irrigation doive être préférée à la glace, quand il s'agit de mouiller tout le membre inférieur, et lorsqu'il est indispensable d'élever le talon pour que les lèvres de la plaie ne soient pas tiraillées. Il est trop évident que ce serait vouloir s'exposer à mouiller le malade tout entier ! Avec une vessie de glace suspendue au cerceau, recouvrant toute l'articulation et n'appuyant que très-mollement sur elle vous évitez tout inconvénient. Je ne terminerai pas sans faire remarquer que les faits cités par M. Dolbeau et ce que nous a dit M. Richet semblent plaider en faveur des larges ouvertures.

M. LEGOUEST. Je suis prêt à accepter les sutures dans les cas de plaies à lambeaux, lorsque l'on ne peut autrement soutenir et rapprocher les parties. Je ne les accepte alors qu'à la condition que l'on se contente de soutenir et de rapprocher. Je crois qu'en voulant dans ces cas un affrontement exact, on va au-devant d'accidents d'étranglement qu'il faut s'attacher à prévenir.

Mais je ne saurais faire de concessions en faveur de la glace. Je suis autant que possible opposé à son emploi.

A l'appui du traitement par la glace, Baudens a invoqué les succès qu'il a obtenus au Val-de-Grâce en 1848.

On trouve dans sa statistique que sur sept fractures de la cuisse il y a eu cinq morts : un des blessés a succombé le jour même; un autre le troisième jour, après avoir subi l'amputation immédiate de l'articulation de la hanche; un troisième le trente-quatrième jour, après avoir été amputé immédiatement; ils n'ont donc pas été soumis au traitement par la glace. Deux blessés traités par la glace ont été atteints d'accidents qui ont nécessité l'amputation consécutive à laquelle ils n'ont pas survécu. Restent donc deux blessés sur lesquels les renseignements ne pouvaient encore être complets au moment où Baudens faisait sa communication à l'Académie ; il est dit seulement que l'un était dans un état grave, et que le second *devait* guérir prochainement. Quant aux *plaies pénétrantes du genou avec lésion osseuse*, au nombre de trois, toutes ont été suivies de mort : l'une huit jours après l'accident ; les deux autres, le vingtième et le vingt-huitième jour, après avoir nécessité des amputations consécutives.

Il n'est pas possible de se faire de plus étranges illusions ; sept fractures de la cuisse donnant un cas douteux de guérison ; trois lésions des os de l'articulation du genou, trois morts : voilà ce qu'on appelle les bons effets de la glace !

Je n'emploie pas davantage les irrigations continues, je me borne à appliquer sur le genou, complétement immobilisé, des fomentations

froides faites avec parties égales d'eau et d'eau-de-vie camphrée.

J'ai dit ne pas avoir grande confiance dans les incisions et les lavages. Je rappellerai à l'appui une tentative de conservation que j'ai faite il y a dix-huit mois pour un cas analogue à celui de M. Verneuil.

L'arthrite que j'avais cru pouvoir prévenir s'est déclarée, j'ai ouvert l'articulation, fait les lavages les plus consciencieux ; il a fallu amputer ; le malade a guéri. Je ne veux pas dire que dans tous les cas il faille se décider d'emblée à l'amputation ou à la resection. Je n'opérerais immédiatement, je le répète, que si le fracas était grand. Je n'hésiterais pas non plus dans un cas de fracture par balle, mais j'établis des réserves pour tous les autres cas.

M. RICHET. Lorsque, dans la dernière séance, M. Verneuil nous mit en demeure de résoudre par des faits la question si grave du traitement des plaies pénétrantes de l'articulation du genou, comme la plupart de mes collègues, je fus pris un peu à l'improviste, et au lieu d'observations précises, nous ne pûmes apporter que des souvenirs un peu confus n'ayant par cela même que peu de valeur.

Depuis, j'ai recherché dans mes notes et j'ai retrouvé plusieurs observations qui pourront jeter quelque jour sur une des questions soulevées dans la discussion, celle des plaies d'armes à feu, ayant ouvert l'articulation fémoro-tibiale. Notre collègue, M. Legouest, si autorisé en pareille matière, nous a dit, sans restriction aucune, que pour lui toute plaie d'arme à feu pénétrante du genou ayant intéressé les os était un cas d'amputation, et qu'il fallait y procéder immédiatement, sans même attendre le développement d'accidents inflammatoires à peu près certains et toujours mortels.

Les faits qui ont passé sous mes yeux ne me permettent pas d'accepter cette opinion beaucoup trop absolue. Pendant les journées de Juin 1848, alors que j'étais chirurgien de l'ambulance établie aux Tuileries, j'ai eu malheureusement l'occasion de voir un grand nombre de plaies d'armes à feu. J'ai rassemblé avec soin toutes ces observations, et j'avais même à cette époque commencé un travail sur ce sujet, travail inédit dont je vous demande la permission d'extraire ce qui concerne les plaies d'armes à feu du genou.

J'y trouve d'abord trois observations de coups de feu ayant traversé l'articulation du genou, toutes trois heureusement terminées par la guérison.

Dans le premier cas il s'agit d'un garde national de Saint-Pol, nommé Abraham Haverlan, âgé de vingt-neuf ans, qui fut atteint le 26 juin, sur la place du Carrousel, d'un coup de feu au genou droit. La balle, qui avait pénétré en avant au-dessus de la rotule, ressortit en

arrière au centre de la région poplitée ; elle avait donc traversé les condyles, car on ne saurait admettre qu'elle puisse avoir passé d'avant en arrière sans intéresser les os. Le membre malade fut maintenu dans une gouttière demi-fléchie et dans une immobilité absolue ; je fis pratiquer deux saignées, on maintint des cataplasmes froids, puis plus tard j'appliquai un bandage inamovible. Il n'y eut point d'autre accident qu'un peu de suppuration des plaies d'entrée et de sortie. Le malade fut guéri au bout de cinq semaines et se servait bien de son membre qui n'était pas ankylosé, mais seulement un peu roidi.

Le deuxième fait est celui d'un soldat du 51e de ligne qui eut les deux condyles du fémur traversés de part en part latéralement par une balle, à un centimètre au-dessus de l'interligne articulaire. Un gonflement considérable survint dès le lendemain et je me demandais si je ne devais point intervenir et pratiquer l'amputation de la cuisse, lorsque, ayant eu l'occasion de me rencontrer en consultation avec Baudens, je lui demandai son avis sur ce cas embarrassant. Il me rassura en me disant que les coups de feu qui intéressaient les parties spongieuses des os étaient beaucoup moins graves que ceux qui atteignent les diaphyses, parce qu'il n'y avait pas d'esquilles en général, et qu'il fallait attendre, quoique l'articulation fût ouverte. Je me conformai à ce sage conseil, et le malade guérit sans autre accident qu'une assez longue suppuration du trajet de la balle. Le traitement fut le même que dans le premier cas.

Le troisième fait s'est passé dans le service dont était chargé mon collègue, M. Huguier, que je suppléais quelquefois. C'était un jeune garde mobile âgé de vingt-quatre ans, nommé Pierre Degroux, qui eut le genou droit traversé par une balle, et qui sortit en voie de guérison cinq semaines après l'accident sans avoir présenté d'autres phénomènes que ceux notés chez les précédents malades. Quant au traitement, ce malade fut saigné et maintenu dans une gouttière en même temps qu'on faisait des fomentations émollientes sur l'articulation.

J'ajouterai que M. Huguier, avec lequel je m'entretenais alors de ces faits, me dit avoir vu un cas non moins remarquable que les trois que je viens de rappeler brièvement, dans lequel la balle avait traversé la rotule à son centre et était ressortie en arrière. La guérison eut lieu aussi rapidement et sans plus d'accidents.

Voilà donc quatre cas de plaies pénétrantes de l'articulation du genou par coup de feu ayant intéressé les os qui ont guéri sans accident et par un traitement fort simple, l'immobilité, les saignées et les fomentations émollientes sur le membre blessé. Cela prouve au moins que l'opinion de M. Legouest est trop absolue et me semble devoir

donner à réfléchir à ceux qui seraient tentés de la partager. Supposons, en effet, qu'on ait amputé ces quatre blessés; dans l'éventualité la plus heureuse, celle de la guérison de l'amputation de la cuisse, on les aurait mutilés; mais est-on bien sûr qu'ils eussent tous guéris de cette opération ? Pour moi, j'en doute, surtout quand je me rappelle le petit nombre de ceux qui survivent à l'amputation de la cuisse dans nos hôpitaux. D'ailleurs, je ne suis point seul à soutenir cette question de la temporisation dans les plaies, que je considère, bien entendu, malgré les faits que j'ai vus passer sous mes yeux, comme excessivement graves; des chirurgiens militaires, dont assurément M. Legouest ne récusera pas la grande compétence, l'ont professée; ainsi Percy, Noël Rabasse, Bagieux et d'autres encore prétendent qu'on peut guérir bon nombre de ces plaies sans mutilation. M. Rabasse cite entre autres le fait de M. Ch. de Lameth qui, ayant eu l'articulation du genou traversée par une balle, guérit sans amputation; et il ne serait pas difficile d'en rassembler beaucoup d'autres.

En résumé, je pense qu'il ne faut pas dans les plaies d'armes à feu du genou, même celles qui intéressent les os, et je n'en conçois guère qui puissent ouvrir cette articulation sans léser plus ou moins le squelette, se hâter de faire l'amputation, car l'observation clinique démontre qu'un certain nombre guérissent sans accidents. Il faut maintenir le membre immobile, agir énergiquement par les antiphlogistiques généraux et couvrir l'articulation de fomentations émollientes; si les accidents surviennent il sera temps de penser à l'amputation de la cuisse; car, pour mon compte, je repousse la résection, au moins en thèse générale.

Dès que la suppuration a envahi la jointure, la question change de face, le danger alors est devenu pressant. La conduite qu'il faut tenir est la même, qu'il s'agisse alors d'une plaie par coup de feu ou par toute autre cause. C'est ce que je veux examiner maintenant; c'est ce sur quoi, je pense, M. Verneuil a surtout désiré voir porter la discussion.

Déjà, dans la dernière séance, j'ai rapporté l'opinion de Reybard, que je n'accepte pas; mais, je le répète, je serais disposé à largement inciser. Je crois qu'avec des incisions et des tubes à drainage convenablement disposés, on pourrait se ménager quelques chances de succès. J'ai réussi en incisant l'articulation du coude. Je ne veux pas en inférer que l'on doive réussir pour le genou, mais si l'on met cette grande et anfractueuse cavité articulaire dans des conditions telles qu'il n'y ait pas stagnation de matières putrides, on se rapprocherait des conditions que nous offrent des articulations moins grandes. En dehors de cette pratique, je ne vois que la résection sur laquelle j'ai

donné mon opinion, et l'amputation de la cuisse dont vous connaissez les dangers.

M. LEGOUEST. Les observations semblables à celles de M. Richet ne manquent pas. Ce sont des faits extraordinaires; on les publie avec empressement. Déjà j'y ai fait allusion dans la dernière séance; je la répète, ce sont des cas exceptionnels, et ce n'est pas avec l'exception que se fait la science. On ne publie pas les faits de tous les jours, mais si vous pouviez faire la statistique des cas de fracture du genou par balle traités par l'amputation, malgré toute la gravité de cette mutilation faite dans de semblables circonstances, vous verriez que l'on guérit mieux les amputés que les malheureux auxquels on veut conserver les membres. Je n'ai donc pas dit que l'on ne pouvait pas guérir en tentant la conservation, mais l'entreprise est si périlleuse que mieux vaut l'amputation où la résection, leurs dangers sont moindres.

L'entreprise est tout aussi périlleuse même quand on incise, que l'on lave ou que l'on passe des tubes à drainage. Dernièrement encore j'étais consulté par un de mes collègues du Val-de-Grâce pour un cas de fracture avec plaie, pour laquelle le drainage et les injections avaient été institués. Le malade semblait perdu, l'amputation fut cependant décidée et faite séance tenante; nous avons été assez heureux pour le voir guérir. Je ne reproche pas aux observations de M. Richet de manquer de valeur et d'intérêt, on doit en tenir compte; mais devant la pratique de tous les jours elles ne prouvent pas assez.

M. PERRIN. Je crois devoir insister sur l'importance capitale des préceptes rappelés par M. Legouest, et n'ajouterai qu'une remarque sur les faits de M. Richet. Il s'agit de perforations sans fracas des os, ce sont là des cas fort différents de ceux qui réclament une opération immédiate.

M. DEMARQUAY. J'ai vu guérir un cas de plaie du genou par balle, il y avait perforation des condyles fémoraux. Je considère aussi que ces faits doivent former une catégorie distincte. Dans le cas de M. Verneuil, la plaie était contuse, il y avait un épanchement dans l'articulation. Je crois que mieux eût valu inciser et rigoureusement immobiliser.

M. VERNEUIL. M. Demarquay vient de supposer un cas qui ne ressemble en aucune façon au mien. La plaie n'était pas contuse, et l'articulation ne renfermait primitivement aucun épanchement. Le traitement qu'il propose peut être accepté dans les conditions spéciales dont il a parlé, mais non dans le cas dont j'ai entretenu la Société.

M. RICHET. J'ai peine à considérer comme exceptionnels des faits recueillis dans un grand service de chirurgie et sans aucun choix,

puisqu'ils comprennent la totalité des cas de blessure du genou par arme à feu qui y ont été observés. L'opinion qu'ils m'avaient suggérée est d'ailleurs défendue par plusieurs chirurgiens militaires, et ce que vient de nous dire M. Perrin est à l'appui de ce que j'avance. Les épiphyses plus molles, moins résistantes que les diaphyses, se laissent plus facilement pénétrer sans éclater; de là une moindre gravité, et ces heureuses conditions peuvent, on le comprend, souvent se reproduire pour le genou. La curabilité de ces plaies, pour certains cas, ne me semble pas contestable, c'est là seulement ce que je tiens à établir.

M. LEGOUEST. Je crains que cette discussion ne modifie ni mes idées ni celles de mon honorable contradicteur. Je lui demande donc la permission d'affirmer que je crois être dans la vérité en disant que des faits semblables aux siens sont très-exceptionnels et très-heureux. Percy, sur lequel s'appuie M. Richet, le reconnaît lui-même. Les faits dont a parlé M. Perrin ne sont pas des cas d'opération immédiate, mais de là à admettre l'innocuïté des blessures des extrémités osseuses, qui font après tout des plaies articulaires compliquées, il y a une distance que je ne saurais franchir, surtout quand il s'agit d'une aussi vaste articulation que le genou.

Après toutes nos grandes guerres européennes, l'impression qui tend à prévaloir parmi nous et à l'étranger, c'est que les plaies d'articulations par balle ne se prêtent pas à la conservation. Pourquoi aurait-on cherché à faire des résections s'il en eût été autrement? Je crains donc que notre habile collègue ne défende une opinion aujourd'hui abandonnée par presque tous.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. LÉON LABBÉ. La présentation faite par M. Legouest m'engage à signaler un cas analogue dont je présenterai l'observation dans l'une des prochaines séances.

Il s'agit d'un homme chez lequel la guérison d'un anévrysme poplité a nécessité l'emploi des divers modes de compression digitale, à l'aide des appareils, par flexion du membre. Ces divers moyens mis successivement en usage, ainsi que le recommandait M. Velpeau dans la dernière séance, ont donné un résultat complet, mais après un temps très-long.

— **M. LE PRÉSIDENT** donne lecture d'une lettre de S. E. M. le Ministre de l'instruction publique, qui lui transmet l'ampliation du décret du 26 août.

DÉCRET.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu la demande formée par la Société de chirurgie de Paris, en date du 6 avril 1865;

Vu le décret du 29 août 1859, par lequel cette Société savante a été reconnue d'utilité publique;

Notre Conseil d'État entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. La Société de chirurgie de Paris est autorisée à prendre le titre d'Impériale.

Art. 2. Les articles 5 et 10 des statuts de ladite Société seront remplacés par les deux articles suivants, et l'article 8 est supprimé :

Art. 5. « *Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 100, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.* »

Art. 10. « *Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et le rapport d'une Commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique et leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.* »

Art. 3. Notre Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois.*

Fait au palais de Fontainebleau, le 26 août 1865.

Signé : NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Signé : V. DURUY.

Pour ampliation :

Le conseiller d'État secrétaire général,

Ch. ROBERT.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que M. Oscar Heyfelder, membre correspondant à Saint-Pétersbourg, et M. Salmon, membre correspondant à Chartres, assistent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. Paul Dauvé adresse plusieurs observations de lésions traumatiques des genoux par coup de feu. (Commission : MM. Verneuil, Desormeaux, Lefort.)

— M. Mascarel adresse trois observations de plaie pénétrante du genou. Ces observations seront lues dans la prochaine séance.

— M. Larrey fait hommage de son discours prononcé au nom de l'Académie de médecine aux obsèques de M. Gimelle.

— Un rapport sur les travaux insérés dans la *Gazette médicale de Mexico.*

— La Société reçoit en outre :

Du service de santé de l'armée et de l'organisation qu'il réclame. Statistique médico-chirurgicale des ambulances et des hôpitaux de l'armée d'Orient, par M. Garreau.

— **M. DOLBEAU.** J'ai l'honneur de vous présenter, de la part de

l'auteur, M. le docteur Fumouze, un travail sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum.

En 1843, M. le professeur Denonvilliers exécutait pour la première fois une opération qu'il avait imaginée pour enlever avec sécurité la partie terminale de l'intestin. Ce procédé n'a jamais été décrit; on le trouve mentionné seulement dans un ou deux livres classiques.

M. Fumouze a, je crois, rendu service à la chirurgie en décrivant avec soin le manuel opératoire de l'ablation du rectum.

On trouve encore dans le travail que je dépose sur le bureau une comparaison entre tous les procédés connus, et l'auteur fait bien voir que le procédé ano-coccygien, ou de M. Denonvilliers, mérite la préférence absolue.

La même incision peut encore servir à l'ablation des tumeurs de la cloison recto-vaginale, etc.

Deux planches annexées à la thèse font bien comprendre les temps importants de cettte laborieuse opération.

La thèse de M. Fumouze est un travail relatif à la médecine opératoire.

Plaie par arme à feu de la région sus-claviculaire.

M. LETENNEUR, membre correspondant à Nantes, adresse la lettre suivante :

A Monsieur le Président de la Société impériale de chirurgie.

Monsieur et cher collègue,

Je viens demander votre avis et celui de la Société de chirurgie pour un cas grave et embarrassant.

Voici de quoi il s'agit :

Un jeune homme de quinze ans, fils d'un honorable confrère, s'exerçait, vendredi dernier 1er septembre, au tir au pistolet avec son frère; celui-ci lui présenta le pistolet tout armé, le coup partit, et la balle (balle conique Flauber) pénétra dans le cou.

Les deux jeunes gens étaient en face l'un de l'autre, à moins d'un mètre de distance, le pistolet était dirigé un peu en haut.

Celui qui a été blessé inclinait légèrement la tête à gauche.

La balle est entrée dans le côté droit du cou, un travers de doigt au-dessus de la clavicule; elle a traversé le sterno-mastoïdien (faisceau antérieur) et s'est perdue dans les parties profondes du cou.

Le blessé est tombé à terre sans perdre connaissance, a cru que son *bras était cassé*, s'est relevé assez promptement, et a attendu dans un fauteuil l'arrivée des médecins.

La plaie donna peu de sang; le col de la tunique (tunique de col-

lége), la cravate et le col de chemise ont été traversés, mais aucun lambeau de ces parties n'a été entraîné avec le projectile.

Un des médecins qui portèrent les premiers soins à notre malade introduisit un stylet dans la plaie à une assez grande profondeur; mais il ne sentit pas la balle, et d'ailleurs un écoulement abondant de sang rutilant, mais sans jets saccadés, fit cesser les investigations. Une légère compression suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

Le malade était loin de Nantes; on résolut de le ramener immédiatement dans sa famille. Il fit, accompagné par un médecin, plusieurs lieues en voiture et dix lieues en chemin de fer, et il supporta très-bien ce voyage.

Je le vis le lendemain matin samedi en compagnie de plusieurs confrères.

La plaie de la peau était béante et humide, notablement plus grande que l'ouverture faite aux vêtements.

Sous cette plaie, et surtout en avant, nous remarquâmes une tuméfaction bien limitée paraissant avoir son siége dans le sterno-mastoïdien. La douleur à la pression est assez vive en ce point; il n'y a pas de douleur en arrière, et le toucher ne révèle en aucun point la présence de la balle.

Aucun battement anormal n'existe au niveau de la blessure, et on ne trouve aucun indice d'infiltration sanguine dans le cou.

Il y a de la gêne dans les mouvements de déglutition, une faiblesse notable dans tout le bras et une douleur légère dans les parois thoraciques du même côté.

La balle avait-elle traversé le sterno-mastoïdien pour passer en dehors de la veine jugulaire interne, au-dessus de la convexité de l'artère sous-clavière, sans léser ces vaisseaux et les branches qu'ils fournissent?

La balle avait-elle, enfin, été s'amortir sur la colonne vertébrale après avoir atteint une des racines du plexus brachial?

C'était notre espérance, mais cette espérance était mélangée de bien des craintes.

Nous crûmes prudent de nous abstenir de toute exploration, et d'attendre.

Nous prescrivîmes le repos, la diète et des applications, sur la plaie, de compresses imbibées d'eau et de teinture d'arnica.

Samedi soir, il y eut de la fièvre, mais elle se dissipa dans la nuit.

La journée de dimanche ne présenta rien de particulier; la tuméfaction qui existait sous la plaie a disparu, la dysphagie a beaucoup diminué, mais la faiblesse du bras persiste, quoiqu'il n'y ait pas, à proprement parler, de paralysie.

Ce matin, lundi, en explorant de nouveau le cou, nous avons senti, au niveau de la plaie et en arrière, un frémissement vibratoire très-marqué; ce frémissement se prolonge en arrière sous la clavicule et correspond très-bien à la direction de la sous-clavière.

L'auscultation fait entendre le thrill intermittent. Il est impossible de dire s'il est continu, intermittent, parce que la prudence ne permet pas de presser beaucoup et de prolonger les recherches. Le thrill existe dans les mêmes points que le frémissement vibratoire, et, en outre, on le retrouve au-dessous de la clavicule, il n'y en a aucune trace dans la carotide.

Ces signes indiqueraient une communication entre l'artère sous-clavière et une des veines voisines, probablement la jugulaire interne auprès de sa réunion avec la sous-clavière. Dans cette supposition, l'artère serait donc blessée à une petite distance de son origine du tronc brachio-céphalique, vers le point où elle fournit la vertébrale.

Nous avons prescrit sur la région malade des sachets de baudruche remplis de glace, et nous nous demandons avec anxiété quelle doit être notre conduite ultérieure.

En présence de semblables difficultés, je désire beaucoup connaître l'avis de la Société de chirurgie, nos confrères et moi serons heureux d'en profiter.

DISCUSSION.

M. LARREY. Je n'oserais, pour ma part, formuler un conseil; nous savons tous combien cela est difficile en l'absence du malade, même avec des renseignements aussi précis que ceux qui nous sont transmis. S'il m'est permis de faire connaître mon impression, je dirai que l'on doit actuellement s'en tenir à l'expectation, mais être prêt à aller, s'il le fallait, chercher le vaisseau divisé et à en faire la ligature; toutefois je ne voudrais aucune recherche incertaine qui serait difficile, sinon dangereuse.

M. BROCA. M. Letenneur est surtout préoccupé de la lésion probable de la sous-clavière près de son origine. Je crois donc que notre collègue de Nantes serait désireux de connaître l'avis de la Société sur l'opportunité de la ligature en cas d'accident.

M. LE FORT. L'observation est trop récente pour que l'on puisse considérer comme définitive l'opinion de notre collègue sur la communication artério-veineuse. Toujours est-il que j'aurai surtout en vue la blessure de l'artère.

Dans six cas de plaies du cou avec lésions vasculaires, la guérison a été obtenue par l'expectation, cela est d'abord utile à rappeler. Sur 150 ligatures de la sous-clavière, on a, dans une quinzaine environ,

lié en dedans ou entre les scalènes. Un seul malade a guéri, tous les autres ont succombé à des hémorrhagies. On a toujours trouvé l'artère obturée par un caillot du côté du cœur, toujours aussi le bout périphérique avait été la source de l'hémorrhagie. Dans le seul cas heureux on avait lié la sous-clavière et la vertébrale. Il semble, en effet, que ce soit par cette branche de la sous-clavière que le sang est surtout ramené. Aussi, dans le travail auquel ces faits servent de texte, ai-je proposé de lier simultanément la sous-clavière et la vertébrale. Je suis d'avis que l'expectation seule est de mise en ce moment pour le malade de M. Letenneur; mais en cas d'hémorrhagie je croirais nécessaire de lier la sous-clavière et la vertébrale.

M. RICHET. Je partage l'avis de M. Larrey et sa sage réserve, et je pense qu'il est bien difficile de donner un conseil utile quand on n'a pas vu le malade. Néanmoins je crois qu'il est bon que chacun de nous fasse connaître les faits analogues dont il a été témoin et qui peuvent alors servir de guide dans ces cas difficiles. Pour mon compte j'en ai observé deux qui portent avec eux, si je ne me trompe, un utile enseignement. Et tout d'abord je dirai qu'il me semble que, dans le cas de M. Letenneur, le projectile a dû intéresser une artère et une veine, puisqu'il y a un bruit de souffle avec *thrill* et que les vaisseaux lésés peuvent être la veine et l'artère sous-clavière, car le malade a cru avoir le bras cassé, ce qui indique que le plexus brachial a dû être touché. Ceci soit dit pour légitimer le rapprochement que je veux faire : voici maintenant ma première observation.

On m'amena, au commencement de 1864 à la Pitié, une jeune fille de 18 ans, qui venait de recevoir de son amant, à la sortie d'un bal public, un coup de couteau-poignard qui avait pénétré au-dessus de la clavicule droite, à peu près au niveau de sa partie moyenne. Il s'en était suivi une telle effusion de sang, que la blessée tomba immédiatement en syncope et fut apportée en cet état dans mes salles. Bientôt elle reprit ses sens, et alors on constata qu'elle suffoquait et crachait du sang. D'ailleurs l'hémorrhagie par la plaie était arrêtée par un caillot, et l'on se contenta, en attendant mon arrivée, de la soutenir par une légère compression.

Je trouvai la malade dans une anxiété extrême et suffoquant, elle crachait de temps à autre un peu de sang; la percussion du côté droit de la poitrine nous fit reconnaître une matité absolue en avant et en arrière et du haut en bas; le cœur était refoulé à gauche, à l'auscultation on trouvait des râles muqueux lointains et du souffle à l'expiration; la plaie sus-claviculaire était fermée par un caillot noirâtre, mais il n'y avait ni soulèvement ni bruits anormaux dans le voisinage; on percevait les battements de la sous-clavière jusque vers

la lèvre supérieure de la plaie; là ils s'arrêtaient brusquement et on ne les retrouvait plus ni dans l'axillaire, ni dans la brachiale, ni dans la radiale. Le membre thoracique droit était froid et un peu tuméfié; les trois premiers doigts, pouce, index et médius, étaient insensibles; la malade disait ne pas éprouver de douleur et sentir seulement de l'engourdissement dans ces doigts qu'elle ne pouvait pas du tout remuer. Mon diagnostic fut celui-ci : L'artère sous-clavière a été coupée en travers et en totalité, ainsi qu'une des racines du nerf médian; la cavité pleurale a été ouverte et s'est emplie de sang; le poumon a été blessé et l'hémorrhagie est momentanément suspendue par un caillot occupant les deux bouts de l'artère divisée.

Ce diagnostic fut confirmé par mon ami le professeur Gosselin, qui voulut bien m'aider de ses conseils dans ce cas difficile, et à la suite de la consultation qui eut lieu entre nous il fut décidé : 1° qu'il n'y avait rien à faire pour le moment qu'une compression légère et l'application de la glace sur la région sus-claviculaire; 2° qu'en cas d'hémorrhagie on tenterait de lier les deux extrémités de l'artère divisée, et, si on le pouvait, un ou deux des affluents du bout inférieur, ainsi que cela avait été recommandé.

Heureusement, je ne fus pas mis en demeure d'exécuter ce programme; tout se passa à merveille, et six semaines après l'accident, la jeune fille sortait de la Pitié, ne conservant que sa paralysie des trois doigts indiqués et un peu d'oppression. Il est bon de dire que les battements avaient déjà reparu quarante-huit heures après dans la radiale, mais perceptibles seulement à l'aide du sphygmographe de M. Marey, ainsi que peut se le rappeler M. Broca qui vint voir ma malade, et ce ne fut guère que vingt jours après qu'on put les apprécier à la radiale avec le doigt.

Ce fait montre, ce me semble, qu'il ne faut pas se hâter d'agir, qu'il importe de compter sur la puissance médicatrice de la nature et ne pas courir au-devant des accidents. J'avoue que bien souvent, m'adressant la question de ce qu'il faudrait faire s'il survenait une hémorrhagie, je me suis senti embarrassé, quoique j'eusse cependant, pour m'appuyer dans la tentative de ligature des deux bouts de l'artère blessée, l'opinion de mon prudent et habile collègue, M. Gosselin.

Voici le second fait; malheureusement, pour celui-ci, j'ai égaré les notes que j'avais prises, en sorte que je ne pourrai que l'esquisser à grands traits.

Dans le service d'A. Bérard, à l'hôpital Necker, en 1842, entra un homme qui, dans une rixe à la barrière du Maine, avait reçu un coup de pointe au-dessus de la clavicule droite. Une compression énergique

avait arrêté l'écoulement de sang qui n'avait pas, d'ailleurs, été très-abondant, et peu de jours après, nous constatâmes qu'il s'était établi une tuméfaction au-dessous de la cicatrice avec un bruit de souffle accompagné d'un frémissement vibratoire des plus manifestes. Le malade voulait absolument que Bérard le débarrassât de ce bruit de *chute d'eau*, de *cataracte*, qui l'empêchait de reposer la nuit tant il était prononcé. Ce chirurgien le fit voir à Diffenbach, qui vint un jour visiter le service, et après une courte conférence il fut décidé qu'il ne fallait rien faire, à moins qu'il ne survînt d'autres accidents, une hémorrhagie par exemple. On ne convint pas toutefois du parti qu'il faudrait prendre dans ce cas. Plusieurs semaines après, le malade sortit de l'hôpital avec *sa varice anévrysmale*, réclamant toujours une opération.

Voilà donc encore un cas où l'expectation et une compression légère ont suffi pour obtenir un résultat relativement heureux; je serais donc disposé, dans le cas de M. Letenneur, où un anévrysme artério-veineux semble déjà s'être développé, à ne rien faire autre chose jusqu'à nouvel ordre qu'une légère compression, et, dans le cas où surviendrait une hémorrhagie, à aller hardiment à la recherche des deux bouts de l'artère blessée. Je sais bien que, d'après les faits cités par M. Giraldès dans son rapport sur le cas de M. Le Fort, cette pratique est rarement suivie de succès, mais c'est qu'en pareils cas je n'en vois pas d'autre.

M. GIRALDÈS. La communication artério-veineuse est un fait qui nous sera confirmé, je crois, par la suite de l'observation. Je suis d'autant plus disposé à le penser qu'il s'agit d'une plaie par balle.

Déjà, j'ai parlé devant la Société d'un chiffonnier que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital de la Charité (*Bulletin*, t. V, 1854-55, p. 70). Cet individu avait été blessé dans la région supérieure et latérale gauche du cou par un pistolet dit coup de poing, tiré à bout portant. Quelques jours après, gonflement pâteux de la région et frémissement analogue à de la crépitation; le lendemain frémissement et bruit à double courant très-distincts. Ces bruits se renforcèrent encore et ils existaient lorsque le malade quitta l'hôpital un mois après. Il y revint mourir d'un anthrax. A l'autopsie je trouvai l'artère carotide interne perforée à son origine dans l'étendue d'un centimètre, la veine jugulaire interne n'offrait qu'une ouverture de trois millimètres; il y avait des grains de plomb entre les deux vaisseaux.

Dans un rapport sur un travail de M. Le Fort où j'ai réuni, avec beaucoup de peine et pour la première fois, tous les faits connus de ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes, j'ai cherché à démontrer que l'hémorrhagie se reproduisait toujours par le bout in-

férieur. J'avais conclu à la nécessité de la ligature des deux bouts de la branche divisée. (*Bulletin*, t. Ier, 2e série, 1861, p. 130.)

Nous serions tous fort embarrassés, en cas d'accident, si nous étions en présence du malade de M. Letenneur. Cependant je crois qu'il faudrait résolûment agrandir la plaie, chercher la source de l'hémorrhagie et lier les deux bouts du vaisseau divisé, quel qu'il soit.

M. DEMARQUAY. Si l'on admet que la jugulaire interne et la sous-clavière sont probablement atteintes, on ne peut, il me semble, même en cas d'accidents, chercher à pratiquer une ligature. Je crois que, loin d'être éclairé par l'hémorrhagie, le chirurgien verrait s'effacer sous elle tous les détails anatomiques si complexes de la région. Personne ne saurait nier la grande habileté chirurgicale de Blandin, je l'ai vu ne pouvoir arriver à terminer une ligature de carotide externe, et ce souvenir doit être présent à l'esprit de M. Marjolin. Je serais donc d'avis de s'en tenir à la compression médiate; car, en admettant même que l'on trouvât les deux bouts de l'artère divisée, on n'aurait pas pour cela mis le malade à l'abri de l'hémorrhagie.

M. HEYFELDER. Je ne prends pas la parole sur le fond de la question, je vais rappeler un fait curieux de blessure du cou qui n'a d'autre analogie avec celui que vous étudiez que le siége anatomique. Mais, avant tout, je dois exprimer la satisfaction que j'éprouve, en vous entendant discuter sur un fait soumis à votre appréciation par un de vos collègues éloignés. Cela démontre l'importance de votre position scientifique, le prix que l'on attache à vos avis, et honore à la fois la société et le correspondant qui a recours à ses lumières. Rien de semblable n'existe dans aucun pays.

Voici l'énoncé du fait auquel j'ai fait allusion, je l'ai observé en Pologne en 1863. La balle avait aussi pénétré dans la partie inférieure droite du cou; le malade fut pris, peu de temps après, de suffocation et d'un accès de toux après lequel la balle fut rendue par la bouche. J'ai vu le blessé après guérison complète, il ne lui restait qu'un peu de raucité de la voix.

M. LE FORT. Je ne puis partager l'avis de M. Demarquay, la compression serait certainement impuissante. Cela est mis hors de doute par l'étude de tous les cas, et je pourrais, au besoin, citer à l'appui le fait que j'ai observé à Milan après la bataille de Magenta. Je tiens aussi à dire que je n'ai pas nié la possibilité d'un anévrysme artério-veineux chez le malade de M. Letenneur, j'ai seulement cherché à savoir ce qu'il y aurait de mieux à tenter au cas où la blessure de la sous-clavière serait démontrée.

M. DEMARQUAY. M. Le Fort vient de nous dire que l'on ne peut arrêter l'hémorrhagie de la sous-clavière par la compression, mais il

faudrait démontrer qu'on a pu l'arrêter par la ligature. Un seul cas témoigne en faveur de l'opération.

M. GIRALDÈS. Si l'on ne veut pas se décider à tenter la recherche des deux bouts de l'artère divisée, il n'y a plus qu'à se résigner à voir mourir le malade.

M. VELPEAU. Il me semble que rien ne prouve absolument qu'il y ait eu, chez le malade de M. Letenneur, blessure d'un gros tronc artériel. Il est donc fort difficile de se prononcer. Si nous admettons que la sous-clavière est blessée près de son origine, il n'y a pas d'hésitation possible en cas d'hémorrhagie. Il faudrait lier les deux bouts, la ligature de la vertébrale ne pourrait qu'augmenter les chances de succès.

M. VERNEUIL. Je crois aussi que, dans le cas particulier dont il s'agit, la blessure d'un gros tronc artériel n'est pas chose démontrée. Mais je ne puis admettre que l'on hésitât si une hémorrhagie abondante venait à se produire. Comprimer serait d'autant plus funeste, en pareil cas, que l'on a vu bien souvent des hémorrhagies effrayantes fournies par des rameaux artériels dont la ligature avait complétement et définitivement raison.

M. BROCA fait le résumé des opinions émises et charge M. le secrétaire de le transmettre immédiatement à M. Letenneur.

PRÉSENTATION.

M. DEMARQUAY présente un appareil qu'il a fait construire pour maintenir réduites les luxations de l'extrémité interne ou externe de la clavicule.

M. GUERSANT s'est servi avec grand avantage de l'appareil de M. Demarquay.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

— M. Bergeret (de Châlons-sur-Saône) adresse une observation d'abcès interstitiels de la cornée; guérison après dix-neuf ponctions. — Rapporteur, M. Le Fort.

— La Société reçoit les publications suivantes :

Programme des prix institués pour l'année 1866 par la Société centrale de médecine du département du Nord.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1863-64.

Montpellier médical.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, n°s 5, 6 et 7 de l'année 1865.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. MARJOLIN. Les souvenirs de M. Demarquay ne l'ont pas très-exactement servi. Ainsi qu'il a bien voulu le rappeler, j'étais présent à l'opération de ligature de la carotide externe faite par Blandin : elle fut très-pénible, mais l'artère fut liée.

— **M. GIRALDÈS** met sous les yeux de la Société des planches relatives au cas dont il a parlé dans la dernière séance.

— **M. LE FORT** rectifie les chiffres qu'il a cités de mémoire dans la dernière séance.

Dans sept cas, la ligature fut faite en dedans des scalènes; dans trois, la ligature de la carotide fut pratiquée simultanément; le cas de guérison est relatif à un cas de ligature du tronc brachio-céphalique avec ligature concomitante de la vertébrale.

— **M. HEYFELDER** prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Je ne peux pas partir de Paris sans vous témoigner la vive satisfaction que j'éprouve de siéger au centre de la Société de chirurgie.

Il y a une dizaine d'années que je suis avec assiduité vos séances. Le concours de tant de chirurgiens éminents, les débats lucides et animés, l'autorité des vieux maîtres, l'initiative heureuse des jeunes talents, tout cela m'inspira une grande opinion de notre science spéciale et de leurs représentants en France. Vous devez juger de la joie et de l'orgueil que m'a donné ma nomination comme membre correspondant, de la satisfaction que j'éprouve de siéger pour la première fois dans cette enceinte, et de vous renouveler mes remercîments sincères pour l'honneur que vous m'avez fait de me nommer membre correspondant.

Je profite de cette occasion pour vous remercier aussi, Messieurs, vous et tous les collègues avec lesquels je me suis rencontré cette fois

à Paris, de l'accueil amical et par trop flatteur dont j'ai été l'objet.

Il arrive rarement qu'un homme vienne en remercier un autre sans ajouter quelque demande. Eh bien! je me trouve dans le même cas. Dans le temps, j'ai eu l'honneur d'envoyer à la Société mon *Manuel des résections;* je continue ces travaux, et je serais très-content de compléter mes statistiques par des observations faites par vous.

Je prierai donc ceux qui ont fait des résections et qui voudraient bien me les communiquer de faire de petites notes d'après le thématisme suivi dans mon livre.

— **M. LE PRÉSIDENT** donne lecture d'une lettre de M. le docteur Letenneur relative au blessé dont il a été question dans la dernière séance.

Monsieur et très-honoré président,

La santé générale du malade est excellente, et à le voir si frais, si gai, si impatient du repos auquel on le condamne, on ne se doute pas qu'il porte une blessure aussi grave.

Les phénomènes indiqués dans ma dernière lettre se sont peu modifiés.

Le frémissement vibratoire a un peu augmenté d'intensité et d'étendue.

Le thrill donne à l'oreille une sensation plus nette, parce que le stéthoscope peut être appliqué plus exactement; il est très-positivement continu-saccadé, moins frémissant que le toucher ne le ferait supposer et qu'on ne l'observe dans certaines phlébartéries.

Ce bruit s'entend aujourd'hui en haut sous le sterno-mastoïdien, et n'a point disparu au-dessous de la clavicule; mais dans ces deux points, il est affaibli et lointain.

En enfonçant le doigt indicateur immédiatement au-dessus de la clavicule, à deux centimètres en arrière de la blessure, la pulpe dirigée en avant, on sent profondément les battements de l'artère très-nets, tandis que le frémissement vibratoire chatouille la pulpe du doigt sur un plan plus superficiel que l'artère.

En examinant attentivement le malade, on voit un battement isochrone à celui du pouls soulever la peau, suivant une ligne parallèle à la clavicule, immédiatement au-dessus de cet os, dans le triangle sus-claviculaire. Ces battements se passent évidemment dans la veine sous-clavière.

Le cou est plus gros du côté malade que de l'autre, et le sterno-mastoïdien ne se dessine pas aussi nettement sous la peau.

Il existe depuis deux jours une teinte jaune qui paraît augmenter, et qui est due à l'ecchymose tardive.

Les mouvements du cou sont assez libres pour nous prouver qu'il n'y a pas de lésion des articulations vertébrales.

La plaie extérieure se couvre de bourgeons charnus; l'engourdissement du bras a un peu diminué; il a été, dès le début, et il est toujours plus marqué suivant le trajet du cubital.

Le malade a éprouvé aussi à la peau une douleur qu'il compare à celle que fait éprouver la dénudation du derme par un vésicatoire ou par une cause traumatique.

Pour me rendre compte de la direction de la blessure, j'ai fait sur le cadavre des recherches, en compagnie de M. Jouon, chef des travaux anatomiques, qui donne avec moi des soins au jeune malade.

Une longue aiguille a été enfoncée dans le point correspondant à celui de la blessure. Nous avions eu soin de poser la tête et de diriger l'aiguille suivant les indications qui nous avaient été données avec une grande précision par le malade.

L'aiguille s'est fixée profondément sur la colonne vertébrale.

La dissection nous a montré cette aiguille traversant le sterno-mastoïdien dans son faisceau antérieur, traversant la veine jugulaire interne à sa partie inférieure et rasant l'artère sous-clavière.

Enfin, s'arrêtant sur le corps de la septième vertèbre cervicale, près de son apophyse transverse et de la racine inférieure du plexus brachial.

C'était bien là ce que nous avions pensé et ce qui était contenu dans ma note à la Société de chirurgie.

On peut se demander comment les signes de phlébartérie se trouvent dans la veine sous-clavière et non dans la jugulaire interne; il faut admettre, pour expliquer ce fait, une obliquité de la blessure artérielle dirigeant le sang en dehors plutôt qu'en haut.

L'état général du malade permet d'espérer la guérison avec un anévrysme artério-veineux, qui sera probablement persistant. Mais on peut craindre encore une hémorrhagie secondaire ou même des accidents tardifs; c'est alors que nous pourrons être forcés d'agir, et mon confrère et moi ne voyons rien de mieux à faire que de rechercher le vaisseau lésé, lier en deçà et au delà de la blessure, et lier en même temps la vertébrale et peut-être d'autres vaisseaux. C'est d'ailleurs l'opinion de la plupart des membres de la Société de chirurgie qui, sur notre demande, ont bien voulu prendre la parole.

Plaie pénétrante du genou.

— M. MASCAREL, membre correspondant à Châtellerault, adresse l'observation suivante :

Un jeune agriculteur, fort et vigoureux, âgé de vingt et un ans, reçoit en jouant un coup de pointe de fuseau armé d'un fer en spirale

à la pointe, comme c'est l'habitude à la campagne, dans le genou gauche, sur le bord externe de la rotule.

Dès le lendemain, c'était pendant les chaleurs du mois d'août, le genou était énorme, très-douloureux, et la synovie découlait abondamment par la plaie; la fièvre était à son paroxysme. Les antiphlogistiques locaux et généraux, les frictions sur la partie malade avec parties égales d'onguent mercuriel double et d'extrait de belladone, le calomel à doses réfractées à l'intérieur, le repos absolu et les cataplasmes émollients triomphèrent des premiers accidents, lorsqu'un érysipèle phlegmoneux, qui parut avoir son point de départ non dans la plaie, mais dans une piqûre de sangsue, envahit la jambe et mit encore la vie du malade dans le plus grand danger. Des débridements furent opérés dans la jambe, et néanmoins la peau se gangréna vers le milieu de ce segment du membre dans une assez grande étendue, ce qui força le malade à garder le lit pendant cinq à six mois pour cicatriser les désordres consécutifs à l'érysipèle, qui de phlegmoneux était devenu gangréneux; pendant ce repos forcé, l'inflammation du genou cessa, et le malade guérit de sa plaie pénétrante de l'articulation en conservant une demi-ankylose.

— A l'occasion de la correspondance :

M. DESORMAUX offre à la Société, de la part de M. le docteur Mêlier, une brochure intitulée : *Sur la luxation de la clavicule, description d'un appareil pour la contenir*.

Cet opuscule est déjà ancien; mais, bien qu'il renferme la description d'un appareil susceptible de rendre de grands services et qui plus est une idée d'une utilité incontestable, il paraît être inconnu, puisque dernièrement notre collègue, M. Demarquay, en a inventé un autre, fondé sur le même principe, mais moins complet et qui a été présenté à l'Académie impériale de médecine. C'est cette présentation qui a rappelé à M. Mêlier un travail de sa jeunesse, et, quelques collègues ayant insisté pour qu'il fît connaître une invention dont la chirurgie pourra tirer parti, il a cru ne pouvoir mieux faire que de l'offrir à la Société de chirurgie.

L'appareil de M. Mêlier, destiné à maintenir réduites les luxations en avant de la clavicule, se compose, outre l'appareil de Desault, pour ramener l'extrémité de la clavicule au niveau de la cavité articulaire du sternum, d'une pelote qui maintient la tête de la clavicule à sa place. Cette pelote est fixée à l'extrémité antérieure d'un ressort à pression variable, dont l'extrémité postérieure est fixée sur un châssis rembourré qui s'applique sur l'omoplate. L'idée d'appliquer sur la clavicule luxée une pelote, portée par un ressort plus ou moins semblable à celui du brayer, n'est pas neuve; on a plus d'une fois em-

ployé le brayer lui-même dans ce but, sans compter l'appareil de Vacher, décrit par Brasdor dans le cinquième volume in-4° des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, et qui a peut-être inspiré l'idée de l'instrument présenté à l'Académie de médecine. Mais, ce qui distingue de tous les autres le bandage de M. Mêlier, c'est le châssis qui supporte le ressort, et remplit en même temps l'indication de fixer l'omoplate qui, sans cela, entraînerait la clavicule dans ses mouvements et la déplacerait sans cesse. Cette indication de fixer l'omoplate, afin de mieux rendre la clavicule immobile, paraît avoir échappé à l'auteur du nouvel appareil aussi bien qu'à Vacher, et cependant c'est à elle que l'appareil doit surtout son efficacité.

Le bandage de M. Mêlier, qui procura la guérison de sa malade malgré l'avis contraire de Marjolin, de Dubois et de Boyer, a encore été employé avec succès par notre collègue, M. Bouvier, pour une luxation ancienne sur la fille d'un confrère, il y a déjà plusieurs années. S'il n'est pas très-connu à Paris, il l'est plus à étranger, et on en trouve, entre autres, une très-bonne description dans l'*Ikonographische Darstellung der Beinbrüche und Verrenkungen*, de F.-G. Behrend. Leipzig, 1845.

M. LARREY. L'appareil fort ingénieux de M. Mêlier m'était connu, je puis ajouter que la jeune malade dont il est question a été vue par M. Roche.

RAPPORT.

M. FOUCHER fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Monteil, intitulé :

Observation de plaie pénétrante de l'articulation du genou. Infection purulente. Drainage. Guérison.

Le 11 mai 1864, entre à l'hôpital le nommé B..., natif du Beyrac, âgé de vingt et un ans, soldat de la réserve, de constitution forte, de tempérament lymphatico-sanguin, de santé jusqu'à ce jour parfaite. La veille, en émondant un arbre, il s'est lancé, à la partie interne du genou droit, à cinq millimètres de la rotule, un coup de hache qui a pénétré profondément et a occasionné une hémorrhagie considérable.

On constate, au moment de son entrée, qu'il a, dans l'endroit indiqué, une plaie de cinq centimètres de longueur, à direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, dont les lèvres sont séparées par un caillot sanguin très-adhérent. Ignorant jusqu'où s'étend sa profondeur et s'il pénètre dans l'articulation, je me garde de toute recherche intempestive et me borne à l'ébarber à ras de la plaie. Le genou étant douloureux, j'y fais appliquer vingt sangsues, et j'immobilise le

membre entier dans une gouttière; on couvre, après cette application, la région de cataplasmes laudanisés. Régime, trois potages gras.

Le 15, le caillot se ramollit, tombe en deliquium. Je rapporte l'angle supérieur de la plaie avec une serre-fine et laisse libre l'angle inférieur pour l'écoulement des liquides. Pansement simple, même régime.

Le 16, pendant le pansement, les derniers fragments du caillot se séparent, et l'angle inférieur de la plaie donne brusquement issue à une certaine quantité de liquide filant que je reconnais pour être de la synovie. Immobilité du membre encore plus rigoureuse dans l'appareil, frictions napolitaines autour du genou. Cataplasmes.

Le 17, pouls à 90, dur, développé. Insomnie, douleurs articulaires. Sérosité trouble dans l'appareil et au moment du pansement. Même traitement et même régime.

Le 20, pouls à 100, douleur et tuméfaction plus marquées de l'articulation. Inappétence. Suppuration ichoreuse par la plaie. Même traitement et régime.

Le 25, pouls à 100, 110, petit, serré. Quelques légers frissons; suppuration abondante dans l'appareil, mais surtout durant le pansement. Lorsqu'on suppose que le pus est totalement évacué, si l'on comprime la rotule ainsi que les culs-de-sac de la synoviale qui la débordent en haut, en dedans et en dehors, une nouvelle quantité de pus, qui, sans cette manœuvre, ne fût pas sorti, s'échappe au dehors. Le blessé est très-affaibli. Même pansement deux fois par jour. Régime, trois potages gras. Tisane vineuse de quinquina. Une pilule de cinq centigrammes d'extrait d'aconit à prendre chaque matin.

Le 30, l'état général ne s'améliore pas, le pouls est à 110, exacerbations fébriles le soir; facies changeant, tantôt rouge, animé avec les yeux brillants, tantôt d'une pâleur de cire. Insomnie habituelle ou sommeil rare durant lequel le front et tout le corps se couvrent de gouttelettes de sueur. État local stationnaire ou plutôt aggravé; genou très-douloureux, de plus en plus tuméfié; cavité articulaire gorgée de pus qui stagne dans son intérieur et ne s'évacue qu'à l'aide de pressions répétées sur le pourtour de l'articulation. Pus sanieux, rougeâtre, fétide.

La situation du blessé est des plus graves; il a tous les symptômes généraux de l'infection purulente et, localement, tous ceux d'une arthrite compliquée d'ostéite de la partie inférieure articulaire du fémur; affections morbides occasionnées principalement par la stagnation du pus dans la cavité de l'articulation et dont la disparition ne peut être attendue qu'après avoir fourni à celui-ci un écoulement facile et permanent.

Tout étant bien examiné, je prends un trois-quart courbes à drainage et l'introduit à la partie inférieure et externe de l'articulation. Sentant qu'il a pénétré, je retire l'extrémité de la tige dans la canule, et pousse celle-ci dans l'intérieur de la cavité articulaire, contourne la tubérosité fémorale externe et arrive, en glissant sous la rotule, jusqu'au cul-de-sac qui déborde, en dedans et en haut, cet os. Parvenu en ce point, je fais saillir la pointe du trois-quarts à travers la peau, et, en le retirant, j'amène un gros drain que j'y ai accroché. J'introduis aussitôt, après le trois quart, à travers la plaie faite, par la hache, à l'articulation, et, dirigeant son extrémité en dedans et en arrière de la tubérosité interne du tibia, je la fais sortir cinq centimètres plus bas que son point de départ; à l'aide d'un drain pareil à celui que j'ai placé en dehors de l'articulation, j'assure ainsi, des deux côtés, un écoulement facile à la suppuration. Traitement, cataplasmes, tisane de quinquina additionnée de deux verres de vin, quatre potages gras, continuation de la pilule d'aconit.

Le 5 juin, les drains donnent issue à de la suppuration moins fétide, moins sanieuse; la pression de la main, à chaque pansement, ne fait plus sortir, comme auparavant, du pus qui croupissait. A l'aide d'injection d'eau tiède, mélangée par moitié avec de l'alcool, on fait chaque jour, dans la cavité articulaire, des lavages qui la nettoient et désobstruent les drains. Le genou est très-tuméfié, très-dur à la partie supérieure. On comprend que l'extrémité inférieure du fémur, au niveau des condyles, est atteinte d'ostéite, et que cette inflammation a eu pour premier effet d'en doubler presque le volume. Le pouls est à 100 pulsations, toujours serré; il y a des exacerbations chaque soir, de l'insomnie, des sueurs profuses au moindre sommeil. Si ce n'était la stagnation du pus qui a cessé et ses caractères qui le rendent louable, l'amélioration dans l'état du blessé est encore peu sensible. Même régime et même traitement.

Le 10, aucun changement.

Le 20, la moitié inférieure de la cuisse a considérablement grossi; on perçoit, dans cette partie, en dedans et en dehors, profondément, de la fluctuation. Pour donner issue à cette collection purulente, qui semble résider entre l'os et les masses musculaires, et éviter de produire de nouvelles surfaces traumatiques étendues, si aptes à faciliter la résorption purulente, j'introduis deux drains: l'un, partant de cinq centimètres au-dessus de la rotule, traverse le triceps, contourne en dehors le fémur et va sortir, à la même distance du pli du jarret, entre le vaste externe et le biceps; l'autre se dirige du même point supérieur, en dedans du fémur, et va sortir, entre le droit interne et le demi-membraneux, à un travers de doigt au-dessous de l'anneau du

troisième adducteur. J'établis, en outre, à l'aide d'un demi-appareil de Scultet, à partir de la portion moyenne de la cuisse jusqu'à sa racine, une compression méthodique et modérée qui empêche le pus de s'infiltrer, de proche en proche, entre les plans musculaires du membre. J'ai aussi la précaution de disposer des coussins, de manière que le siége soit plus élevé que la cuisse, et que l'action de la pesanteur vienne en aide aux drains pour accélérer l'écoulement de la suppuration.

Le 30, les symptômes locaux et généraux se sont amendés depuis les deux dernières ouvertures, la tuméfaction du genou et des parties voisines a diminué, toute la région est moins douloureuse au toucher; le pouls, quoique aussi fréquent, est plus souple; mais il y a encore, durant le sommeil, d'abondantes sueurs. Instruit par l'expérience que j'ai faite, dans nombre d'opérations qui, sans ce moyen, eussent été mortelles, de la puissance des alcooliques pour combattre l'infection purulente traumatique, j'ajoute, au régime suivi, tisane de quinquina vineuse, potages gras, côtelette, un petit verre d'eau-de-vie à prendre chaque matin.

Le blessé est réellement alcoolisé; car, pour un habitant de la campagne auquel l'usage des spiritueux et même du vin est peu familier, il boit, par jour, quatre verres de vin, dans sa tisane ou à ses repas, et un petit verre d'eau-de-vie; dernière boisson qui, durant les huit premiers jours de son administration, lui a fortement répugné.

Le 10 juillet, le pouls est à 80, très-souple; les sueurs paraissent rarement durant le sommeil, le teint du malade n'est plus cachectique, la suppuration se fait régulièrement, le pouls du genou diminue. Le drain qui, de la plaie occasionnée par le coup de hache, va au tibia, ne donnant plus de suppuration, je l'enlève. Appétit prononcé. Même traitement et régime.

Le 20, pouls à 70, normal. Plus de sueurs durant le sommeil, plus d'exacerbations fébriles le soir. Pas de douleur à la partie inférieure de la cuisse, dont le volume, comme celui du genou, a considérablement diminué. Enlèvement des drains situés sur le côté externe du genou et de la cuisse, qui ne donnent plus de pus, et introduction d'une cheville de racine de guimauve à l'ouverture inférieure des trajets, de manière à ce que l'un et l'autre canal fistuleux se cicatrise régulièrement. Même traitement, trois quarts de portion.

Le 30, le malade, auquel j'ai placé une demi-gouttière en zinc pour maintenir l'immobilisation du genou, se lève, mange avec grand appétit, dort parfaitement et, le corps porté sur des béquilles, se promène dans la salle. Enlèvement du dernier drain placé à la partie in-

terno et inferieure de la cuisse. La plaie, causée par le coup de hache, est depuis huit jours entièrement cicatrisée.

Le 8 août, l'ouverture inférieure du trajet fistuleux, dont on a dernièrement enlevé le drain, donne seulement quelques gouttes de pus qui ne salissent même pas l'appareil; néanmoins, comme la partie inférieure du fémur est encore d'un volume supérieur à celui du côté opposé, que les mouvements du genou sont pénibles, j'envoie le blessé passer quinze jours à Baynch-les-Bains (Lozère), où il se soumet à l'usage des eaux thermales sulfureuses, à 41° centigrades, sous forme de boissons, de bains et de douches locales.

Tout écoulement a cessé à son retour des eaux; l'ouverture fistuleuse est cicatrisée, le genou rentre dans ses dimensions normales et récupère la facilité de ses mouvements. Un mois après, le blessé se sent assez fort pour se louer comme domestiqne de ferme et en remplit, durant l'automne, sans aucun inconvénient, toutes les charges.

Le 6 décembre 1864, après que je l'ai examiné à l'hôpital, il part avec sa feuille de route rejoindre, à Clermont-Ferrand, le dépôt du 5e de chasseurs à cheval, son régiment, pour y suivre, durant deux mois, les exercices équestres variés que les règlements militaires imposent aux jeunes soldats de la réserve.

La lésion traumatique dont je viens de raconter l'histoire m'a vivement intéressé par l'importance de son siége, la gravité habituelle de son pronostic et la nouveauté du traitement employé pour la guérir. Trois ans auparavant, j'avais à l'hôpital, pour une blessure du même genre et siégeant à la même place, eu à donner des soins à un moissonneur, jeune et robuste, qui s'était agenouillé sur le tranchant de sa faucille. J'essayais d'abord, en employant un traitement antiphlogistique énergique et des pansements minutieux, de conjurer le mal, car il me répugnait de priver de son membre, ce jeune homme, par une amputation prématurée. Cependant, dès l'apparition des symptômes d'infection purulente, je me hâtais, mais trop tard, de prendre ce parti extrême. L'amputé succomba huit jours après l'opération. Son moignon, à l'autopsie, offrit, dans toute son étendue, de nombreux abcès. Le manque d'écoulement suffisant du pus me parut être la cause principale, sinon unique des accidents qui avaient nécessité l'amputation et entraîné, peu de jours après, une si fâcheuse terminaison.

Lorsque ce second cas se présenta, j'avais encore le premier présent à l'esprit, et je me demandais quel moyen employer qui, en assurant au pus une issue facile et permanente, permît la guérison de la blessure et conservât en outre, au membre, la faculté d'exercer normalement ses fonctions.

Dans l'impossibilité de tenter avec succès la réunion par première intention, je pouvais essayer les injections iodées dans la cavité articulaire. Ce moyen, efficace pour empêcher la décomposition du pus, n'avait aucun effet pour favoriser sa sortie.

L'incision de la capsule, sur ses parties latérales et déclives, remplissait mieux cette dernière indication ; mais il fallait la pratiquer à travers les ligaments latéraux, soit parallèlement à leur direction, et alors s'exposer à ne faire qu'une ouverture insuffisante par suite du rapprochement incessant des fibres ligamenteuses seulement écartées, soit perpendiculairement à cette direction, et compromettre ainsi gravement les moyens d'attache de la jambe à la cuisse en même temps qu'altérer la précision des mouvements du membre. L'hémorrhagie, que la section des artères articulaires moyennes occasionnait, dans les deux procédés, chez un malade affaibli et atteint d'infection purulente, éloignait encore la pensée d'y avoir recours. D'ailleurs, pour en dissuader, il se présentait surtout des considérations tirées de la conformation anatomique de l'articulation fémoro-tibiale. Si, en effet, sur un cadavre, avant l'apparition de toute rigidité ou après qu'elle a cessé, on injecte, dans la cavité articulaire du genou, un liquide coloré, et, qu'au bout de quelques heures, l'articulation soit largement ouverte, on voit que le liquide s'est logé principalement au-devant des tubérosités fémorales, en arrière, en haut, tout autour de la rotule. Il n'a presque pas atteint les côtés des condyles, tellement est intime et serrée, en ce point, la juxtaposition des surfaces osseuses et des ligaments latéraux. On trouve, du reste, une confirmation complète de cette expérience dans l'hydarthrose du genou, où, tandis que les parties qui environnent la rotule sont saillantes, tuméfiées, celles qui occupent les parties latérales de l'articulation ont leur volume à peu près normal. Ainsi donc, soit à cause de ses inconvénients, soit parce qu'elle n'atteignait pas suffisamment le siége principal du pus, je m'abstins de toute incision.

Le drainage seul me parut réaliser les conditions voulues, c'est-à-dire écoulement permanent et facile du pus amené, vers les parties déclives, de tous les points de la cavité du genou, par des tubes constamment perméables ; absence d'hémorrhagie par suite de l'écartement et non de la section des tissus par le trois-quarts, enfin conservation complète des moyens d'union de l'articulation.

Obligé de choisir entre une décision radicale, l'amputation de la cuisse avec l'infection purulente la plus caractérisée, et le drainage de l'articulation avec l'ankylose du genou comme conséquence extrême ; entre la mort à peu près inévitable d'un côté, de l'autre une grave, mais une simple infirmité, je n'ai pas hésité.

Je n'avais, il est vrai, à ma connaissance, pour abriter ma responsabilité, qu'un fait analogue mentionné par M. le docteur Chassaignac dans son *Traité de médecine opératoire*, et les circonstances encore n'étaient pas identiques. J'ai cru cependant, et le succès a justifié mes espérances, que le drainage qui est si bien toléré par les tissus serait ici de la plus grande utilité. Je dois néanmoins limiter son rôle à l'élimination du pus et attribuer la disparition de l'infection purulente déclarée à l'usage des boissons alcooliques à dose élevée. Cette méthode de traitement des affections chirurgicales, pratiquée dans les pays du nord de l'Europe, convient parfaitement à la région montagneuse, froide et humide de la France où j'exerce, et, depuis nombre d'années que je l'emploie, j'ai constaté, à la suite des opérations, moins de complications et des guérisons plus rapides. Il est inutile de faire remarquer l'action favorable des eaux thermales de Baynch sur la cicatrisation de la dernière ouverture fistuleuse, le dégorgement du genou et le rétablissement complet de ses mouvements.

Cette observation, en résumé, démontre que le drainage de l'articulation fémoro-tibiale est un moyen efficace de combattre la stagnation du pus dans les plaies pénétrantes du genou, et que son emploi, en supprimant cette cause d'inflammation ulcérative des cartilages articulaires, permet d'éviter l'ankylose et même de conserver au membre l'intégrité de toutes ses fonctions.

DISCUSSION.

Plaies pénétrantes du genou (suite).

M. MARJOLIN. La question du traitement des plaies pénétrantes des articulations, soulevée par M. Verneuil, est d'autant plus importante que, malgré tout ce qui a été écrit sur ce sujet, malgré même une longue expérience, les praticiens se trouvent bien souvent dans la plus grande incertitude lorsqu'il s'agit de prendre un parti extrême. Qui de nous, par exemple, se trouvant à la place de M. Verneuil, eut proposé à notre malheureux confrère de recourir à l'amputation de la cuisse pour une blessure en apparence aussi simple? Personne. Car nous aurions tous cru que l'idée d'une opération aussi grave devait être éloignée, et qu'on pouvait espérer de sauver le membre. Maintenant l'amputation ou la résection l'eussent-elles sauvé? j'en doute; car, à voir la rapidité avec laquelle les plus graves accidents se sont montrés, il est probable que la blessure était beaucoup plus complexe qu'elle ne le semblait, et qu'il y avait, en outre, une contusion profonde du fémur qui aura déterminé une ostéo-myélite.

Quant à dire avec M. Verneuil que nulle part cette question n'est

traitée d'une manière complète et que les faits manquent, je ne puis être de son avis; car, s'il y a quelques dissidences dans le traitement, on voit en consultant les traités spéciaux que, sauf les cas où les exigences de la guerre obligent le chirurgien à amputer de suite, dans bien des cas il se trouve dans une incertitude d'autant plus grande sur la conduite à tenir que, d'une part, bon nombre de faits semblent militer pour l'expectation, tandis que, d'autre part, il est évident que d'autres malades n'ont succombé que parce qu'ils n'avaient pas été amputés.

Boyer qui, dans sa longue carrière, avait été à même d'observer des plaies d'articulation de tout genre, et qui s'était trouvé aussi dans les mêmes perplexités, revient, dans son traité de pathologie, à trois fois différentes, sur cette idée, pour prévenir le jeune chirurgien que, même avec les plaies les plus simples en apparence, il peut survenir des accidents tellement graves que les malades périront ou qu'il faudra nécessairement les amputer, et qu'il ne faut surtout pas s'autoriser, pour s'abstenir d'une opération, des faits exceptionnels de guérison.

Plusieurs fois, j'ai vu mon père s'opposer à ce que des amputations proposées pour des coups de feu fussent pratiquées et le succès justifier son avis; mais, plusieurs fois aussi, je l'ai entendu regretter vivement que des malades n'eussent pas voulu se soumettre à l'amputation.

Malheureusement, dans ces circonstances, on ne peut pas formuler une règle de conduite précise comme dans d'autres affections chirurgicales, et c'est à son inspiration et à son tact seuls que le chirurgien doit s'en rapporter.

Quant aux dissidences sur la nature du traitement préventif, je crois qu'elles peuvent mieux se juger définitivement par les observations; bien que, dans des cas tout à fait analogues, le même traitement ne soit pas toujours suivi du même résultat. Ainsi je pense que, dans toutes les plaies, il ne faut tenter la réunion que lorsqu'elle peut s'effectuer sans effort et que l'on n'a pas à redouter pour la suite l'inflammation ou la gangrène des téguments, j'ajouterai que dans les plaies simples je préfère les bandages unissants ou agglutinatifs à la suture.

Pour ce qui est de la glace ou de l'eau très-froide, je ne serais porté à les employer que dans les cas d'hémorrhagie, mais jamais lorsqu'il y a une contusion profonde : dans ces circonstances, je préfère beaucoup l'irrigation continue avec de l'eau tiède ou les fomentations émollientes. Cette distinction sur ce choix des topiques, dont il faut user en pareil cas, n'est pas aussi indifférente qu'on pourrait le croire.

Lombard, dans sa clinique des plaies d'armes à feu, recommande de n'employer l'eau froide que dans les blessures par armes blanches, tandis qu'il conseille l'emploi de l'eau tiède et non chaude au début du traitement des plaies par armes à feu. Sanson, Bérard et Bonnet, ont aussi conseillé les irrigations; mais ce qui a peut-être beaucoup nui à leur vulgarisation, c'est la difficulté d'installer l'appareil d'une façon telle que les malades ne soient pas exposés à toutes les conséquences fâcheuses de l'eau venant mouiller toute la literie.

Pour éviter ces inconvénients, depuis longtemps je me sers avec avantage d'une caisse en fer blanc, garnie à sa partie supérieure d'un fond sanglé, de telle sorte que le membre peut reposer sur un coussin et être complétement isolé des draps et des couvertures; dans le fond de la caisse se trouvent deux conduits servant à l'écoulement de l'eau.

Maintenant, avec les ressources nouvelles que nous trouvons dans l'emploi du caoutchouc, il serait très-facile, soit de faire avec cette substance une sorte de hamac garni d'un tube d'écoulement, ou de faire passer un courant continu dans une poche qui reposerait sur la partie malade, comme on fait lorsque l'on emploie la glace. Dès que M. Robert, à qui j'ai parlé de ces appareils, les aura terminés, j'aurai l'honneur de les soumettre à la Société.

Notre collègue, M. Verneuil, ayant fait appel à tous pour rassembler des observations de plaies pénétrantes du genou, je crois devoir communiquer à la Société les faits suivants recueillis en 1861 et 1862 par M. Petit, interne des hôpitaux de Paris, à cette époque interne dans le service de M. le professeur Aubry (de Rennes). Un homme d'une quarantaine d'années, d'une bonne constitution, tombe le genou droit sur un instrument tranchant de tonnelier, et se fait à la partie externe et inférieure de la rotule une plaie oblique de plus de 0,02 d'étendue. Au dire du blessé il ne sortit que du sang, mais le médecin qui le vit put facilement introduire un doigt dans la plaie et sentir à nu les surfaces articulaires. Le malade fut envoyé immédiatement à l'hôpital, et là, après avoir réuni la plaie avec des bandelettes, le traitement consista dans l'application continue de compresses imbibées d'eau froide. Aucune réaction locale ou générale n'eut lieu; cinq jours après son entrée les bandelettes furent levées, et au bout de dix jours le malade quitta l'hôpital entièrement guéri.

Pirio, âgé de vingt et un ans, d'une bonne constitution, entra le 8 février à l'hôpital de Rennes; huit jours auparavant, en elaguant un chêne, il s'était blessé au genou avec une hache. Malgré sa plaie, il redescendit du haut de l'arbre, regagna sa maison, et, comme il s'était écoulé par la blessure près d'un litre de sang, il banda sa plaie après avoir appliqué dessus de la résine en poudre et un cataplasme, puis

s'en alla passer le reste de la journée au marché de Rennes et soupa comme d'habitude.

Le soir le genou devint très-douloureux, la nuit fut agitée; cependant, malgré ces accidents, il se leva et alla encore une fois à la ville, s'aidant de deux bâtons. Cependant, à son retour, il est obligé de se remettre au lit et y reste huit jours, jusqu'à son entrée à l'hôpital; dans cet intervalle, il continue à panser son genou avec des cataplasmes. A la levée du premier appareil il n'y eut pas d'hémorrhagie. Sous l'influence du repos, les accidents diminuèrent. Lorsqu'il entra dans le service, la plaie, qui était à la partie interne et antérieure du genou, présentait des bords bien nets; son étendue était peu considérable; le genou n'était plus rouge, mais d'un tiers plus volumineux que l'autre. Il s'écoulait un pus séreux; au bout de quelques jours de repos et d'application de cataplasmes, l'état s'améliora encore; bientôt il ne sortit plus qu'un liquide visqueux, onctueux. puis la plaie se cicatrisa, et au bout de dix jours la guérison était complète.

Un homme de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, entra le 9 avril 1861 à l'hôpital de Rennes pour une plaie du genou datant de trois semaines. La blessure avait été faite avec une hache; il était sorti par la plaie un liquide incolore, visqueux; malgré cela, il avait encore continué à travailler pendant trois jours. Obligé de se mettre au lit par suite des accidents survenus, on avait cherché à les combattre à deux reprises par une application de quinze sangsues.

A son entrée à l'hôpital, le genou est douloureux, surtout en dedans; il est notablement tuméfié ainsi que la cuisse; à la face interne du membre on observe quelques plaques rouges. Il sort par la plaie environ 60 grammes d'un liquide purulent mêlé de sang. La réaction inflammatoire générale et locale, assez vive, fut combattue par l'emploi des boissons délayantes, des pilules d'extrait gommeux d'opium et l'usage des onctions d'onguent napolitain; le membre fut maintenu dans l'immobilité. Le 10 avril, une petite ponction, qui donna issue à du pus, amena un soulagement momentané; car, dans les jours qui suivirent, l'état du malade devint beaucoup plus grave, et malgré un traitement actif destiné à combattre les accidents inflammatoires, un an après l'accident, le malade était encore dans le service, le genou était ankylosé, une portion du fémur s'était nécrosée et il restait encore plusieurs trajets fistuleux. A ce moment, l'état général s'était beaucoup amélioré.

Voici maintenant quelques autres faits que j'ai eu occasion d'observer à Sainte-Eugénie :

Dubois, âgé de neuf ans et demi. Plaie pénétrante simple du genou

par instrument tranchant; un mois de séjour à l'hôpital; guérison, sans accidents.

Albert Rival, âgé de sept ans. Plaie contuse de la cuisse et de la jambe avec ouverture de l'articulation du genou; amputation immédiate de la cuisse; guérison.

X..., âgé de quinze ans. Ancienne tumeur blanche du genou ankylosée; chute sur ce genou avec large plaie pénétrante; amputation immédiate; guérison.

Farge, âgé de six ans. Plaie contuse de la cuisse et de la jambe; ouverture de l'articulation; amputé dix-huit heures après l'accident, mort quarante-huit heures après.

M. Giraldès. J'ai eu l'occasion d'observer dans mon service deux faits identiques en apparence : l'un s'est terminé par la guérison, l'autre par la mort. Il s'agissait dans les deux cas de plaie du genou causée par la pénétration d'une aiguille. J'ai fait l'extraction du corps étranger dans les deux cas par une incision de 0,01; j'ai soumis les malades au même traitement, et vous savez cependant combien la terminaison a été différente.

Il ne faudrait donc pas donner aux plaies du genou plus de gravité ni plus d'innocuïté qu'elles n'en ont réellement, et trop chercher à prévoir leurs terminaisons en les divisant en catégories. Il est bien certain que, pour d'autres espèces de plaies que celles que je viens de citer, on observera des résultats tout aussi différents, dans des cas cependant semblables. En réunissant une masse d'observations, vous pourrez évidemment vous mieux diriger, mais jamais établir de règle absolue. La chirurgie deviendrait trop facile si l'on pouvait, à l'aide d'une simple addition, résoudre les problèmes complexes qu'elle nous offre.

Je ne veux cependant pas méconnaître l'intérêt de la discussion; mais je crois qu'elle gagnerait à rester circonscrite aux cas analogues à celui qui a servi de texte à M. Verneuil.

M. Tarnier. Le fait que je vais citer ne ressemble pas à celui de M. Verneuil : aussi ferai-je observer que c'est à sa sollicitation que je le produis dans la discussion.

Pendant les vacances, dans le village que j'habitais, un charron, en maniant une grande hache, calcula mal un de ses coups et l'instrument vint frapper le côté externe de l'articulation du genou droit, au-dessous de la rotule. Il fit là une plaie nette, de deux centimètres de long seulement, dirigée de la rotule vers le creux du jarret. L'observation que je raconte montre donc qu'un instrument tranchant de grand volume peut produire une plaie de petite étendue. Je fais cette remarque en passant, pour l'opposer à quelques objections faites au début de cette discussion.

Je fus appelé immédiatement après l'accident dont je parle. La plaie laissait couler un liquide filant, onctueux, qui ne laissait aucun doute sur la nature d'une plaie pénétrante du genou. Je crus à des complications probables, et je plaçai le malade sous l'irrigation continue. Un sceau percé à son fond et une toile cirée comme on en trouve partout, me servirent à construire l'appareil à irrigation, et je dois dire qu'il remplit bien son but et que la literie ne fut pas mouillée. L'irrigation fut continuée pendant plusieurs jours; aucune inflammation ne se manifesta, et douze jours après l'accident, le malade était complétement guéri et pouvait marcher avec la plus grande facilité.

M. VERNEUIL Les critiques adressées à la statistique ne sont pas nouvelles. Réunir les faits, les comparer, les compter me semblent cependant la seule méthode acceptable pour les chirurgiens désireux de substituer à des préceptes vagues, souvent à des banalités, des notions précises. Vous trouverez dans Boyer des préceptes pour le traitement des plaies du genou, mais vous chercherez en vain, dans son ouvrage, un chapitre sur les fractures de la rotule compliquées de plaies. Personne ne voudrait cependant douter de l'utilité de leur étude. La discussion que vous poursuivez ne pourra manquer de contribuer à combler de semblables lacunes; déjà elle a produit assez de fruits pour que son utilité soit reconnue.

J'y vois cependant un écueil; les faits heureux se montrent de préférence; si la discussion continue, ils vont affluer. Aussi, ne saurais-je trop prier nos collègues et nos confrères de ne nous fournir que des statistiques intégrales où figureront les cas heureux, bien entendu, mais aussi les cas malheureux.

M. SALMON. Dans ma pensée, ce n'est pas à la pénétration, mais aux complications qui l'accompagnent, qu'il faut surtout accorder de l'importance. Je pourrais, à l'appui de cette proposition, citer des cas de pénétration simple du genou, je ne le crois pas opportun. Vous rencontrez chaque jour, dans les fractures compliquées des diaphyses, les mêmes conditions et les mêmes accidents que dans les plaies d'articulation, qui, avec la pénétration, vous offrent des fracas osseux et des épanchements. Le membre se tuméfie, s'infiltre de liquides et de gaz, le malade meurt, et meurt d'infection putride.

Vous rencontrerez aussi, comme dans l'observation suivante, des accidents nés à l'occasion d'une plaie articulaire, mais ayant leur siége en dehors de l'articulation, et cependant assez graves pour tuer le malade.

Obs. I. — Un charretier d'une trentaine d'années est apporté à l'Hôtel-Dieu, il y a deux ans environ, à la suite d'un accident dans lequel il avait été traîné par ses chevaux, sur le sol, la face contre terre.

Il portait au côté externe de l'articulation du genou droit une vaste plaie, à lambeau, ayant disséqué le devant de la rotule immédiatement au-dessous de la peau; plus une plaie pénétrante de l'articulation, de 2 à 3 centimètres d'étendue, avec déchirure partielle en avant du ligament latéral externe, et usure des parties correspondantes, des tubérosités du tibia et des condyles du fémur.

Traitement. — Lavage de la plaie à grande eau, injection d'eau à plusieurs reprises dans l'article pour enlever les cailloux qui pouvaient y séjourner, puis deux injections d'iode et d'eau (30 grammes d'eau pour 4 grammes environ d'iode ioduré avec 1 gramme d'iodure de potassium environ), enfin irrigations froides.

Pas d'accidents jusqu'au cinquième ou sixième jour; puis rougeur le long de la jambe et phlegmon commençant de cette partie. Alors, badigeonnage avec une solution concentrée de nitrate d'argent, qui eut l'inconvénient de former autour du membre une sorte de cuirasse métallique, qui masqua ensuite les progrès du phlegmon.

Le neuvième jour, trismus, puis tétanos généralisé.

On ouvre largement les foyers en suppuration de la jambe : en suivant un de ces foyers en haut, vers le creux poplité, on arrive à une vaste collection de pus péri-articulaire, dans laquelle on constate une quantité assez considérable de graviers.

Mort le surlendemain sans rémission des accidents tétaniques.

A l'autopsie, collections purulentes dans la jambe; pas de liquide dans l'articulation, qui n'avait pas non plus augmenté de volume pendant la vie, et qui n'était remplie que de fausses membranes blanchâtres et molles, sans mélange de pus liquide.

A côté de ce fait, je citerai le suivant que je dois à l'obligeance de mon collègue M. Maunoury.

Obs. II. — Un enfant de dix ans, en poursuivant un de ses camarades, au sortir de la classe, tomba sur les genoux; le genou gauche porte sur une pierre siliceuse à bord tranchant.

Il résulte de cette chute une plaie oblique de 8 centimètres de long, à la partie interne du genou gauche; l'articulation est ouverte et le cartilage d'encroûtement du condyle interne du fémur est entaillé par le tranchant de la pierre, dans une étendue d'une pièce de cinq francs environ.

Cette portion ostéo-cartilagineuse était encore adhérente au fémur par un pédicule étroit; la portion libre faisait saillie et était mobile au milieu de la plaie.

Cet enfant fut conduit à l'hôpital de Chartres, quinze heures après l'accident; la portion du cartilage fut excisée, les lèvres de la plaie

rapprochées, et le membre placé dans une position immobile et demi-fléchie.

Application de compresses imbibées d'eau fraîche pendant les premiers jours.

Il survint une inflammation dans l'articulation, avec suppuration assez abondante; cette suppuration diminua insensiblement, et après six semaines de séjour à l'hôpital, la suppuration disparut et la plaie se cicatrisa complétement; on put étendre la jambe sans douleur bien vive, et l'enfant sortit de l'hôpital guéri, mais ne pouvant encore marcher.

Depuis deux mois, nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

Dans ce cas éclatent dans l'articulation des phénomènes franchement inflammatoires, qui n'empêchèrent pas la guérison.

Je ne veux pas nier leur gravité, mais je crois que nous devons surtout nous méfier des cas où l'ensemble des complications doit prédisposer à l'infection putride, et qu'il faut opérer dans ces conditions, mais s'abstenir dans les cas simples.

M. VERNEUIL. Nous avons surtout en vue le pronostic des plaies du genou; ce n'est pas l'alléger que de montrer, à l'occasion d'une plaie qui intéresse cette articulation, le malade succombant à des accidents développés dans le voisinage de l'article. La pénétration n'aurait, d'après M. Salmon, qu'une importance secondaire. Je ne crois pas que les faits de pénétration simple qu'il a invoqués témoignent davantage en faveur de son opinion. Il serait facile d'apporter une bien longue liste de pénétrations simples suivies de mort; mais il suffit de rappeler les accidents désastreux qui ont suivi les tentatives d'extraction de corps étrangers du genou par l'incision directe. Enfin, je ne puis accepter la comparaison établie par notre collègue entre les fractures compliquées des diaphyses et celles des articulations. On sauve bon nombre de blessés dont le fémur a été brisé par une balle; ceux dont l'articulation de la hanche est atteinte sont presque fatalement voués à la mort.

PRÉSENTATION.

Coxite rhumatismale aiguë, avec ostéo-périostite de la partie supérieure du fémur.

M. MARJOLIN. J'ai déjà eu occasion de communiquer à la Société quelques faits d'ostéo-périostite sur-aiguë; dans l'observation suivante la maladie a marché avec une rapidité inusitée.

Le 4 septembre on amena à la consultation une jeune fille de six ans ayant les apparences d'une bonne constitution et dans un délire com-

plet. L'interne qui l'admit pensa d'abord qu'il s'agissait d'une méningite, mais le soir en l'examinant il reconnut l'existence d'un empâtement considérable à la partie supérieure de la cuisse et diagnostiqua un phlegmon profond. Le 5 au matin, j'examinai la malade et mon avis fut qu'il existait une ostéo-périostite de la partie supérieure du fémur; l'enfant était dans un délire tel qu'il était difficile de faire aucune recherche. A cinq heures du soir elle était morte.

A l'autopsie nous avons trouvé les méninges et le cerveau très-injectés, sans trace de suppuration. Les plèvres avaient contracté des adhérences dans plusieurs points, des deux côtés un peu d'épanchement rouge séreux. Les poumons étaient fortement congestionnés dans plusieurs points de vastes foyers apoplectiques, mais pas d'abcès métastatiques. Tout le péricarde était couvert de fausses membranes; rien aux orifices du cœur. Le foie rouge congestionné. La capsule coxo-fémorale était rompue, le ligament rond intact baignait dans une sanie rougeâtre qui avait décollé tout le périoste du fémur dans son quart supérieur et s'était infiltrée dans les muscles de la cuisse jusqu'au tiers inférieur. La trame osseuse présentait aussi des traces d'inflammation.

En présence d'accidents aussi graves, se succédant avec tant de rapidité, il était bien important d'avoir quelques renseignements. Voici ceux qui nous ont été donnés : sans cause appréciable, l'enfant avait été prise le jeudi 31 août de douleurs très-vives dans le haut de la cuisse; elle se met au lit, et dès le lendemain elle fut prise de délire; dans la nuit du dimanche au lundi, il survint des vomissements et le délire alla toujours en augmentant. L'examen du corps ne nous révéla aucune trace de contusions provenant de chute ou de mauvais traitements.

M. GIRALDÈS. Les inflammations phlegmoneuses du périoste surviennent surtout chez les enfants à la suite de refroidissements. J'ai observé dans plusieurs cas une péricardite concomitante, et trouvé le péricarde rempli de fausses membranes. Pour moi, cette grave affection doit être considérée comme rhumatismale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Dr F.-H. GUYON.

De la maladie kystique du testicule,

Par M. le docteur Tillaux (1).

La pathologie des kystes du testicule, de l'épididyme et du cordon spermatique est encore couverte d'une certaine obscurité, malgré les travaux modernes, et en particulier ceux de M. Gosselin, qui a si bien fait connaître les kystes spermatiques. Mais c'est surtout la maladie dite *enkystée du testicule*, la *maladie kystique* dont nous ignorons presqu'absolument l'étiologie, le diagnostic et le pronostic.

J'ai eu l'occasion d'observer cliniquement et anatomiquement ce point de pathologie sur un malade qui a dû subir l'ablation du testicule gauche à l'hôpital Lariboisière, et c'est le résultat de ces recherches que je me propose de soumettre rapidement à votre haute appréciation.

La maladie kystique est, on le sait, caractérisée par la présence dans l'intérieur de la tunique albuginée d'une quantité plus ou moins grande de kystes à contenu variable, tantôt liquide, tantôt solide, survenant spontanément, sans douleur, amenant l'atrophie, la disparition du testicule augmentant sans cesse de volume, et nécessitant par conséquent la castration.

Deux points ont surtout attiré mon attention dans l'étude de cette rare et singulière affection. Et d'abord, dans quel élément anatomique se développent les kystes, quelle est leur nature?

Ensuite, comment se fait-il que de deux tumeurs kystiques présentant les mêmes caractères physiques, l'une soit essentiellement bénigne, et l'autre essentiellement maligne, fait reconnu par tous les auteurs?

Le chirurgien trouve-t-il dans un examen minutieux de la production morbide des éléments de pronostic suffisants pour rassurer complétement son malade, ou pour craindre la récidive, fait d'autant plus grave que le privilége de cette affection appartient surtout aux jeunes gens de vingt-cinq à trente-cinq ans, et que la récidive ou plutôt l'infection générale est toujours survenue très-rapidement après l'opération?

1° Dans quel élément anatomique se développent les kystes du testicule?

S'appuyant sur ce qu'ils ne sont point formés par des poches dis-

(1) Ce travail a été lu dans la séance du 15 février 1865 de la Société de chirurgie.

tinctes, mais bien par des cavités communiquant et tenant les unes avec les autres, A. Cooper pense qu'ils sont dus à la distension de tubes séminifères oblitérés, et propose le nom de maladie tubulaire du testicule.

Curling, faisant observer que les tubes séminifères sont refoulés à la périphérie, rejette l'opinion d'A. Cooper ; et, ne pouvant placer l'origine des kystes ni dans les conduits séminifères ni dans ceux de l'épididyme, il en conclut qu'ils ne peuvent prendre leur point de départ que dans le corps d'Hygmore, conclusion que je n'accepte nullement.

Quant à l'opinion de M. Robin, qui placerait l'origine de tous les kystes dans l'épididyme, elle ne peut se soutenir, puisque dans bon nombre de cas, et le mien en particulier, on a trouvé l'épididyme parfaitement intact, occupant son siége normal ; M. Robin n'a évidemment voulu parler dans son mémoire que d'une espèce de kystes sur laquelle je reviendrai plus loin.

Voilà donc les trois opinions existantes : dilatation des conduits séminifères (A. Cooper), dilatation des conduits du corps d'Hygmore (Curling), dilatation des conduits de l'épididyme (Robin).

Qu'on me permette d'en proposer une autre à laquelle m'a conduit l'examen récent d'une pièce de ce genre, opinion qui me paraît d'autant plus vraisemblable, que les descriptions des auteurs précédents tendent à la confirmer.

La pièce qui m'a servi appartenait à un jeune homme de trente-six ans, très-vigoureux et d'une santé toujours florissante, qui entra à l'hôpital Lariboisière dans le mois de septembre dernier. Tumeur du volume d'un œuf de dinde, lisse, piriforme, élastique, remontant à sept mois. La peau glisse à sa surface; cordon parfaitement sain, pas de douleur, pas de transparence. L'examen physique pouvant laisser quelques doutes sur l'existence d'une hématocèle intra-vaginale, à parois épaisses, une ponction exploratrice fut pratiquée. L'issue de quelques gouttes de liquide filant fixa de suite le diagnostic, et l'ablation fut pratiquée séance tenante.

La tunique vaginale était notablement épaissie ; l'albuginée, distendue et amincie, contenait un réseau veineux abondant.

Je commençai par disséquer le canal déférent, à rechercher l'épididyme, que je trouvai parfaitement normaux. L'épididyme, coiffant le bord supérieur de la tumeur, était un peu étiré, allongé. Sa tête recourbée recevait tous les cônes afférents du testicule après leur passage dans le corps d'Hygmore. En un mot, cette partie de la tumeur aurait pu servir de type à une description classique.

Une coupe verticale me permit de constater le contenu varié de la

tumeur. Elle renfermait deux sortes de kystes, les uns à contenu liquide, les autres à contenu solide. Les premiors, plus nombreux, étaient disséminés dans toute l'épaisseur de la masse, avec une paroi mince, transparente, et un liquide filant également transparent. Quelques-unes contenaient du sang liquide. Le microscope m'a démontré que les kystes renfermaient pour la plupart du sang en voie de subir à différents degrés la transformation fibrineuse. Plusieurs contenaient des amas de cellules épithéliales.

Enfin, les parois des kystes présentaient çà et là des noyaux cartilagineux très-distincts à l'œil et au toucher, disposés sous forme de rayons divergents.

Très-peu de vaisseaux sanguins. Je n'ai trouvé nulle part la cellule cancéreuse. Il restait encore une portion du testicule facilement reconnaissable vers le corps d'Hygmore.

Voilà donc une tumeur contenant du liquide filant, transparent, du sang liquide, du sang en caillots plus ou moins anciens, des amas de cellules épithéliales, du cartilage. On conçoit combien il est difficile de donner un nom satisfaisant à ces sortes de productions. Maladie kystique, hématocèle intra-testiculaire, euchodrôme, suivant qu'un élément prédomine sur l'autre. Mais j'arrive au point le plus important de ma dissection.

En recherchant l'état du canal déférent, jo fus frappé de trouver à son voisinago de gros paquets de vaisseaux variqueux que je crus être des veines. En approchant du bord épididymaire, ces vaisseaux se multiplièrent, augmentèrent de volume jusqu'à acquérir celui d'une grosse plume d'oie, se pelotonnèrent, et, chose remarquable, présentèrent par-ci par-là des dilatations ampullaires renfermant un liquide transparent. Mon opinion était faite, mais je voulus invoquer l'expérience de M. Sappey. Après une dissection minutieuse, après des injections mercurielles, nous trouvâmes que ces vaisseaux n'étaient autres que des lymphatiques contenus dans une gaîne épaissie présentant de place en place des dilatations kystiques, indépendantes les unes des autres, et çà et là leur forme étranglée caractéristique. Tous ces vaisseaux se dirigeaient vers le bord épididymaire comme vers un hile, et là leurs parois se continuaient manifestement avec la paroi des kystes les plus voisins de ce bord.

Un fait encore digne de remarque, c'est que quelques-uns de ces vaisseaux présentaient dans l'épaisseur de leurs parois des noyaux cartilaginoux identiques à ceux de l'intérieur de la tumeur.

Voyons si la description des auteurs viendra confirmer nos résultats.

Je trouve dans la traduction de Curling : « On voyait clairement

que les kystes étaient dus à la dilatation de certains conduits. Ainsi, sur quelques points, un tube se terminait en une poche dilatée ; sur d'autres, la poche correspondait à une dilatation placée latéralement où à l'extrémité d'une anse ; sur d'autres encore, la dilatation semblait être uniforme, et se continuer dans une certaine étendue. » J'ai dit plus haut que c'étaient pour lui les conduits du corps d'Hygmore dilatés dans A. Cooper, « ce ne sont point des poches distinctes, mais bien des cavités communiquant et tenant avec les autres par des prolongements solides. »

Ces descriptions se rapportent tellement bien à la tumeur que j'ai observée, que nous avons évidemment eu affaire à la même affection. Or, je crois qu'il n'y a pas de doute possible, après la dissection dont j'ai rendu compte. Les parois des kystes intra-testiculaires se continuaient avec les parois des vaisseaux lymphatiques dilatés et variqueux du cordon. Ils renfermaient pour la plupart le même contenu liquide filant, transparent, étaient tapissés par le même épithélium pavimenteux à leur intérieur, contenaient dans leurs parois des noyaux cartilagineux. Je crois, d'après cela, pouvoir affirmer que le point de départ de la lésion est dans le système lymphatique du testicule.

Des varices lymphatiques de la glande séminale peuvent-elles rendre compte des noyaux sanguins que j'ai signalés et qu'ont signalés tous les auteurs ? Je crois que la compression déterminée par les kystes multiples sur les veines peuvent les expliquer suffisamment ; quant aux amas de cellules épithéliales, cela n'a rien qui puisse étonner, puisque la paroi interne est tapissée par un épithélium pavimenteux.

Je crois dès lors pouvoir formuler la proposition suivante :

La maladie kystique du testicule a ou peut avoir pour point de départ des dilatations variqueuses du système lymphatique.

2° J'arrive au second point. Peut-on reconnaître si la tumeur récidivera ou n'aura aucun retentissement sur l'économie ?

Je crois qu'il y a eu pour cette maladie confusion complète de la part de plusieurs auteurs, et qu'ils ont donné le nom de maladie kystique à des tumeurs qui étaient d'une tout autre nature que celles dont je veux parler en ce moment.

C'est qu'en effet on peut trouver dans le testicule des kystes et des épanchements de sang qui ne constituent pas la maladie principale, mais accompagnent une production d'une autre nature, la production encéphaloïde.

Dans ses cliniques des 25 et 28 janvier 1864, M. Nélaton appelait l'attention de ses élèves sur deux cas d'hématocèle intra-testiculaire

d'apparence bénigne, et qui avaient rapidement amené la mort par infection générale. Ce n'est évidemment dans les cas de ce genre qu'une variété d'encéphaloïde du testicule analogue à ce que l'on a désigné sous le nom de fongus hématode.

Dans son traité, Curling, désirant donner un élément de pronostic, dit que la présence des cellules cancéreuses peut seule faire croire à une tumeur kystique maligne, et que les amas de cellules épithéliales sont un signe de bénignité. Je ne sais si l'avenir me donnera raison pour mon malade, s'il surviendra plus tard les phénomènes d'infection générale. Toutefois, je ne le crois pas, me basant sur la nature lymphatique de la tumeur.

En sorte qu'il faudrait peut-être, pour déterminer le pronostic d'affections semblables, rechercher non-seulement la présence de cellules cancéreuses, mais encore les varices lymphatiques du cordon qu'on n'a peut-être pas signalées jusqu'à présent pour ne les avoir pas cherchées. Ce serait donc un élément de plus pour reconnaître la nature de cette singulière maladie.

Je résume ce court mémoire en deux propositions :

1° La maladie kystique du testicule peut prendre son point de départ dans la dilatation des lymphatiques de l'organe;

2° La présence sur le trajet du cordon de gros vaisseaux lymphatiques dilatés se continuant avec les kystes pourrait être considérée comme un signe de bénignité.

J'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas tout à fait indifférent à MM. les membres de la Société de chirurgie d'entendre ces quelques réflexions, d'autant plus qu'elles portent sur une maladie du système lymphatique, dont la pathologie est presque entièrement inconnue, pathologie à laquelle plusieurs faits observés dans ces dernières années tendraient à donner une place plus importante dans la chirurgie.

RAPPORT

de M. Dolbeau sur le travail de M. Tillaux.

Messieurs, je viens au nom de la Commission nommée à cet effet vous rendre compte d'une courte, mais très-substantielle note qui nous a été lue par M. le docteur Tillaux, note qui est relative à la nature de la maladie kystique du testicule.

A. Cooper a, l'un des premiers, donné une description de cette maladie, d'ailleurs assez rare, du testicule, et qui est caractérisée par la présence dans l'intérieur de la tunique albuginée de nombreux kystes de volume variable. Préoccupé de l'origine de ces kystes mul-

tiples, Cooper déclare qu'on ne peut que basarder des conjectures à ce sujet. Je suis, dit-il, porté à croire qu'ils sont dus à la distension de tubes séminifères oblitérés; ce ne sont point des poches distinctes, mais bien des cavités communiquant et tenant avec les autres par des prolongements solides. « On pourrait en conséquence, dit Cooper, appeler cette altération la maladie tubulaire du testicule. »

Curling, à son tour, accepte que les kystes du testicule ont pour origine la dilatation de tubes préexistants, mais comme ses recherches anatomiques lui ont démontré l'intégrité des tubes séminifères et des conduits de l'épididyme, il conclut, sans toutefois en donner aucune preuve, que la maladie a son siége dans les conduits du corps d'Highmore.

Les deux hypothèses que nous venons de rappeler n'en constituent à la vérité qu'une seule : les kystes seraient des dilatations portant sur les canaux chargés d'élaborer ou de charier la liqueur spermatique; mais il faut avouer qu'il manquait pour justifier cette manière de voir d'un caractère probant, jamais on n'a trouvé de sperme dans les kystes dont il est ici question. J'ajouterai, et sous forme de digression, que votre rapporteur a depuis longtemps démontré que les hydrocèles ou kystes à contenu spermatique sont formés par la dilatation et l'obstruction des canaux droits de l'épididyme.

Il restait néanmoins un fait acquis à la science, c'est que l'affection kystique du testicule est, suivant l'expression de Cooper, une maladie tubulaire. Quant à déterminer quels sont ces canaux qui, en se dilatant, forment des kystes, il me semble que M. le docteur Tillaux nous a apporté la solution de cet intéressant problème. Il résulte de l'examen anatomique fort bien fait par M. Tillaux, avec l'assistance de l'homme le plus compétent en pareille matière, M. Sappey, que les kystes multiples du testicule peuvent se développer parfois, sinon toujours, dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques de l'organe malade.

C'est là, messieurs, un fait dont l'importance ne vous aura point échappé, mais dont la valeur serait plus considérable si l'examen avait porté sur plus d'une pièce anatomique. Du reste, nous allons voir bientôt qu'il existe dans la science deux ou trois faits analogues à celui qui vous a été communiqué par M. le docteur Tillaux.

Vous savez, Messieurs, que l'on rencontre fréquemment dans le testicule des tumeurs auxquelles on donne volontiers le nom de tumeurs composées, afin d'exprimer que le produit pathologique n'est pas le même dans les différents points du sarcocèle. Parmi ces tumeurs composées, il en est chez lesquelles l'élément kystique domine, de là en clinique deux espèces d'affection kystique du testicule, l'une bénigne

qui guérit par la castration, l'autre maligne qui s'accompagne de la récidive dans les viscères. En parlant d'une forme maligne de la maladie kystique, j'entends parler, non point de tumeurs encéphaloïdes dans lesquelles on trouve deux ou trois kystes au milieu d'une matière cancéreuse évidente, mais de ces masses dans lesquelles on ne trouve en apparence qu'un amas de kystes. Curling, qui a bien reconnu ces deux formes de la maladie kystique, déclare que l'examen microscopique peut seul indiquer si telle ou telle tumeur appartient à la forme bénigne ou à la forme maligne. Mais les caractères microscopiques invoqués par Curling sont peut-être contestables, et c'est probablement pour remédier à leur insuffisance que M. Tillaux propose un nouveau caractère anatomique destiné à établir la distinction entre les deux formes de la maladie kystique. Voici en effet la deuxième conclusion du travail de notre confrère : « La présence sur le trajet du cordon de gros vaisseaux lymphatiques dilatés, se continuant avec les kystes du testicule, pourrait être considérée comme un signe de bénignité. »

Je comprends peu cette déduction non motivée; et, en effet, si c'est la nature lymphatique de la tumeur qui est pour M. Tillaux la raison de la bénignité de l'affection, je lui poserai ce dilemme : ou bien les tumeurs lymphatiques sont toutes bénignes, et alors les affections kystiques sont également toutes bénignes, ou bien les affections kystiques sont ou malignes ou bénignes, et alors il n'est pas démontré que l'affection kystique se développe toujours dans les vaisseaux lymphatiques.

Je vais encore plus loin et je dis que M. Tillaux n'est point fondé à établir la bénignité d'une affection kystique du testicule sur la présence do varices lymphatiques sur le trajet du cordon et aboutissant à ces mêmes kystes. Son malade a été opéré il y a quelques mois seulement, on ne peut par conséquent conclure que la guérison sera radicale, mais de plus j'ai déjà dit qu'il y avait dans la science des faits analogues à celui de M. Tillaux, et qui sont loin de lui donner complétement raison. Vous avez tous présente la belle observation d'enchondrôme du testicule publiée par Paget; que trouve-t-on dans ce cas ? Des masses cartilagineuses dans le testicule, des varices lymphatiques sur le trajet du cordon, des dilatations et des kystes lymphatiques dans ce même cordon, etc., etc. Il était évident, dit Paget, que l'affection était formée par le développement de productions morbides à l'intérieur de canaux qui n'étaient autre chose que les lymphatiques du testicule et du cordon.

C'était également dans les vaisseaux lymphatiques du testicule que siégeaient les masses cartilagineuses qui constituaient la tumeur dé-

crite par M. Dauvé; enfin moi-même j'ai dans un cas d'enchondrôme du testicule acquis la certitude que le produit morbide avait pris naissance sur les parois de vaisseaux lymphatiques tortueux et dilatés.

Maladie kystique du testicule. — Ablation de la tumeur.

F... (Honoré), âgé de trente-six ans, valet de chambre (rue Mogador, 11), est entré à l'hôpital Lariboisière le 22 septembre 1864, et a été couché au nº 16 de la salle Saint-Augustin.

Il est de taille moyenne, assez fort. Il ne paraît pas qu'il y ait dans sa famille d'antécédents héréditaires; son père et sa mère ont succombé à des affections aiguës; un de ses frères, toutefois, est mort jeune et probablement d'une carie vertébrale, d'après les indications qu'il donne; lui-même s'est toujours bien porté; il est marié depuis quinze ans; sa femme n'a eu qu'un seul enfant, qui n'a vécu que peu de temps.

Il entre à l'hôpital pour une tumeur du testicule gauche développée depuis huit mois. Il y a une dizaine d'années, il avait eu ce testicule froissé en montant à cheval; la douleur avait été vive, mais il n'était resté, dit-il, aucune trace de cet accident.

Déjà cependant, il y a environ trois ans, il avait constaté une certaine tuméfaction du scrotum à gauche et en dehors; il parle même d'une veine dilatée qu'il aurait remarquée à cette époque, mais il s'explique mal à ce sujet. Il ajoute néanmoins et affirme d'une façon assez positive qu'il était resté une induration du volume d'une noisette à la partie inférieure du testicule gauche.

Il n'y avait pas de différence notable pour le volume entre les deux testicules. Aujourd'hui, le testicule droit est d'un volume médiocre et assez mou. Cependant, le malade paraît avoir conservé intactes jusqu'à ce jour ses facultés viriles, et ses rapports avec sa femme sont restés ce qu'ils étaient autrefois. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Au mois de janvier 1864, il s'est aperçu que son testicule gauche augmentait de volume. L'accroissement de la tumeur s'est fait depuis d'une manière régulière, sans causer de douleur notable. Il éprouvait seulement quelques tiraillements dans l'aine gauche et jusque dans la cuisse du même côté.

Plusieurs traitements ont été essayés en ville, notamment l'iode et l'iodure de potassium à l'intérieur. La tumeur n'en a pas moins continué à s'accroître, mais à aucun moment il n'y a eu d'augmentation brusque ou rapide dans son volume.

Aujourd'hui, la moitié gauche du scrotum présente le volume d'une

assez grosse poire. La peau a son aspect normal; elle est un peu amincie, mais en aucun point elle n'adhère à la tumeur qu'elle recouvre, et elle glisse partout avec facilité. La forme de cette tumeur est celle d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure, parfaitement régulier et lisse à sa surface.

La palpation ne fait pas percevoir de fluctuation, mais une certaine élasticité qui donne l'idée d'une tumeur solide; quelques points cependant paraissent plus ramollis que d'autres dans la masse.

Une pression un peu forte détermine partout une certaine douleur, que le malade dit être analogue à celle qu'une semblable pression fait éprouver au testicule opposé.

Le cordon a conservé son volume et une consistance parfaitement normale; on le suit en haut jusqu'à l'orifice du canal inguinal. On le perd en bas et en arrière de la tumeur sans pouvoir constater exactement la situation de l'épididyme.

Il n'y a aucun engorgement ganglionnaire dans le pli de l'aine ni derrière la paroi abdominale. Le toucher rectal ne fait rien constater d'anormal.

La transparence a été recherchée avec soin; on ne l'a trouvée en aucun point de la tumeur.

Le 26 septembre, à la visite du matin, M. Tillaux pratique, vers la partie moyenne et antérieure de la tumeur, une ponction exploratrice avec un petit trocart. Il s'écoule par la canule d'abord quelques gouttes d'un liquide incolore et filant, puis une petite quantité de sang, ce qui fait supposer que le trocart a pénétré dans la cavité d'un kyste interstitiel.

L'ablation de la tumeur est aussitôt résolue. Le malade est chloroformé.

Une incision rectiligne de 8 à 10 centimètres de longueur est pratiquée à la partie antéro-externe du scrotum. Immédiatement le testicule malade et ses enveloppes se trouvent mis à découvert et sont énucléés avec les doigts sans écoulement notable de sang. Le cordon est serré supérieurement dans une forte ligature et sectionné au-dessous.

Cinq points de suture réunissent lâchement les lèvres de l'incision. Les extrémités de la ligature du cordon sont fixés dans le pli de l'aine avec du diachylon.

Les bourses sont soutenues par une plaque de carton, et pour tout pansement on entretient sur le scrotum des compresses imbibées d'eau froide.

Une réaction, d'abord très-modérée, a suivi l'opération. Cependant, le 28 septembre la tuméfaction des bourses était très-marquée, et

une induration douloureuse se montrait autour des éléments du cordon, au pli de l'aine; en même temps, quelques taches angioleucitiques apparaissaient à la peau.

Le 29 septembre, il a fallu enlever les points de suture pour faire écouler une certaine quantité de sang altéré par son séjour au fond de la plaie.

A partir de ce moment, l'état général s'améliore; toute trace d'angioleucite a disparu, et, malgré un peu de rétention d'urine, qui s'était déjà montrée le lendemain de l'opération, la plaie marche vers la guérison.

La suppuration, d'abord sanieuse, devient de bonne nature, et à dater du 1er octobre la tuméfaction du scrotum diminue rapidement et disparaît bientôt tout à fait.

Le 15 octobre, l'état général est fort bon. Le scrotum est revenu sur lui-même, les lèvres de la plaie commencent à se froncer; la suppuration est très-peu abondante; la ligature du cordon résiste aux légères tractions qu'on lui fait subir pour la détacher. On continue le pansement à l'eau froide.

Le malade commence à se lever.

Le 22 octobre, il demande à quitter l'hôpital. La cicatrisation n'est pas complète, mais les dimensions de la plaie sont presque réduites à celles d'une simple fistule. La suppuration est insignifiante.

La ligature du cordon reste intacte. On suit encore au-devant de la branche horizontale du pubis, autour des éléments du cordon, une certaine induration, mais le malade n'en souffre pas et marche sans difficulté. Son état général est très-satisfaisant, il part en promettant de revenir à la consultation.

Or, dans l'observation de M. Tillaux, il est dit « que les parois des kystes présentaient çà et là des noyaux cartilagineux très-distincts à l'œil et au toucher, disposés sous forme de rayons divergents. » Je ne veux pas dire pour cela que M. Tillaux ait enlevé un enchondrôme du testicule, mais je trouve qu'il y a une analogie entre les différents cas que je viens de rapporter succintement et le sien. Dans tous ces faits c'est une maladie des vaisseaux lymphatiques; dans l'un les kystes prédominent sur l'enchondrôme, dans l'autre c'est le tissu cartilagineux qui est en majorité; dans tous les cas les vaisseaux lymphatiques sont dilatés; enfin, dans l'observation de Paget, on trouve de l'enchondrôme dans les lymphatiques du testicule, des dilatations et des kystes dans les lymphatiques du cordon, puis de l'enchondrôme dans les ganglions lombaires. M. Tillaux pense que son malade est guéri radicalement, mais il ne peut l'affirmer; le malade de Paget a succombé à la généralisation des tumeurs cartilagineuses. Nous savons

les suites de l'opération pratiquée chez le malade de M. Dauvé, il y a eu récidive; quant à notre fait, il s'agit d'une pièce trouvée sur le cadavre.

Je ne veux pas pousser plus loin cette critique de l'opinion de M. le docteur Tillaux, je me contenterai d'avoir formulé quelques propositions qui pourraient servir à une discussion plus approfondie. La question est à l'étude, et M. Tillaux a le mérite, en vous apportant une belle observation, d'avoir attiré votre attention sur un sujet plein d'intérêt.

Messieurs, M. le docteur Tillaux est au nombre des jeunes chirurgiens que la Société de chirurgie tiendra à compter parmi ses membres. J'ai l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remercîments à M. le docteur Tillaux; 2° de renvoyer à la publication dans le *Bulletin* la note et l'observation de M. Tillaux.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopte.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

La première liste des souscripteurs pour l'érection de la statue de Dupuytren.

— M. le docteur Minkiewicz envoie deux dessins formant le complément des observations qu'il a adressées dans le mois d'août. (Rapporteur, M. Verneuil.)

— M. LARREY présente une observation de M. le docteur Ladureau, médecin-major de 1re classe, médecin en chef de l'hôpital de Cambrai, intitulée : *Fracture comminutive de la cuisse et de la quatrième vertèbre lombaire. — Emphysème traumatique de la cuisse. — Mort.*

— Un Mémoire de M. le docteur Halbron, médecin-major de 1re classe, intitulée : *Considérations sur l'étiologie et le traitement du goitre aigu*, à propos d'une épidémie observée dans la garnison

de Clermont-Ferrand pendant les deuxième et troisième trimestres de 1862.

— Un Mémoire de M. le docteur Cabasse, médecin-major de 1re classe, intitulé : *Des fractures de jambe au point de vue du traitement.*

Brûlures des bronches.

M. LE ROY DE MÉRICOURT, à l'occasion d'une communication faite par M. Broca au commencement d'août sur les brûlures des bronches, communique à la Société un certain nombre de cas analogues qui se sont produits dans la chirurgie navale.

Deux observations très-importantes de brûlures des bronches par la vapeur d'eau sont consignées dans le *Traité de chirurgie navale* de L. Saurel (1861).

La première (page 157), recueillie avec beaucoup de soin par M. le docteur Moras, chirurgien-major du régiment d'artillerie de la marine à Lorient, est relative à l'explosion de la chaudière à vapeur du *Comte-d'Eu* (2 août 1847). Sur les vingt-deux personnes qui se trouvaient dans la chambre de chauffe lors de l'accident, trois n'eurent aucun mal, sept guérirent plus ou moins complétement, et, sur les douze victimes, neuf succombèrent quelques heures après l'accident.

Bien que l'observation ne parle pas d'autopsies, la rapidité de la mort, rapidité que ne pourraient justifier des brûlures du deuxième degré et tous les phénomènes concomitants, ne peut laisser aucun doute sur l'effet produit par la vapeur : tous se plaignaient à des degrés différents d'une ardeur insupportable au larynx et de suffocation ; plusieurs étaient pris de toux convulsive.

Ces phénomènes, portés au plus haut degré chez un monteur et chez un chauffeur, donnaient lieu à d'affreux accès de suffocation qui amenèrent l'asphyxie au bout de quelques heures au milieu d'une lutte effrayante.

Plusieurs des blessés qui ont guéri ont ressenti longtemps les effets pernicieux de l'inspiration de la vapeur; cinq mois après l'événement, l'un d'eux succombait à l'hôpital de Cherbourg après avoir présenté une toux continuelle et la série des phénomènes qui caractérisent la phthisie pulmonaire.

Un contre-maître, qui se dévoua pour retirer les malheureux de la machine, toussa continuellement depuis cette époque, et présentait dix ans après une laryngo-bronchite chronique.

L'autre observation, due à M. Lalluyeau d'Ormay (page 160), se rapporte à une explosion identique du *Roland* (24 septembre 1858).

Nous retrouvons chez les victimes de cet accident les mêmes symptômes que dans le précédent.

« Plusieurs, d'une voix rauque et entrecoupée, faisaient entendre de sourds gémissements. C'étaient ceux chez lesquels les voies aériennes étaient profondément atteintes et qui rendaient avec effort l'épiderme de la langue, des parois de la bouche et même de l'épiglotte. »

Huit de ces malheureux succombèrent dans les six premières heures; chez tous, on voyait au fond du gosier l'épithélium roulé en faisceaux blanchâtres, et l'autopsie du pompier Merle, qui n'avait survécu qu'une heure, nous montre la langue complétement dépouillée, rouge et saignante, la voûte et le voile du palais privés de muqueuse; la surface interne des joues couverte d'érosions profondes au niveau des arcades dentaires; la muqueuse de l'épiglotte boursouflée, celle du larynx d'un rouge foncé et se détachant avec facilité au contact du doigt.

Même désordre dans la trachée et dans les bronches, mais à un degré moindre.

Une remarque importante à faire au sujet de ces deux observations, c'est que trois matelots du *Comte-d'Eu* ont été préservés en se jetant à plat ventre, la vapeur tendant toujours à monter et se condensant avec rapidité au contac du sol, et que l'ingénieur du *Roland*, M. Montety, a dû la vie à cette circonstance que, plongeur habile, il a pu rester trente secondes sans respirer au milieu de la vapeur. Les brûlures fort graves dont il était atteint à la face et aux mains ne peuvent laisser aucun doute sur l'effet mortel qu'eût produit l'introduction aussi longtemps prolongée de la vapeur dans les voies aériennes.

Dans l'explosion de *l'Aigrette*, le 17 août 1859 (*Archives de médecine navale*, t. III, p. 599), mêmes accidents en moins grand nombre : de six hommes, un seul survécut, et chez un maître mécanicien, qui succomba trois heures après l'accident, on observa des signes incontestables de brûlure des bronches (respiration sifflante, voix rauque, accès de suffocation effrayants).

Par analogie, ajoute M. Le Roy de Méricourt, on peut citer, comme dus aux brûlures de la muqueuse des bronches, les accidents présentés par plusieurs forçats lors de l'incendie du bagne de *Santi-Petri* (5 ou 6 janvier 1862. — *Archives de médecine navale*, t. I, p. 334). Ces hommes ont respiré de l'air surchauffé, entraînant avec lui des molécules de carbone en ignition. Les autopsies de cinq condamnés ont constaté : tuméfaction de la muqueuse des cordes vocales, érosion de la muqueuse des bronches au niveau de la bifurcation; ces érosions

sont moins profondes et plus disséminées à mesure que l'on ouvre les subdivisions bronchiques, qui n'offrent plus qu'une simple rougeur inflammatoire. Engouement considérable des poumons, dont la coupe présente une surface marquée d'ecchymoses.

Les médecins de la marine conseillent dans le cas de fuite considérable de vapeur, si les hommes ne peuvent échapper par une issue facilement libre, de se coucher à plat ventre, de retenir la respiration ou de respirer à travers un tissu s'ils en ont un à leur portée. Pendant ce temps, on doit projeter dans la chambre de chauffe de l'eau froide en grande quantité. L'appareil Galibert (sans réservoir d'air) pour la respiration artificielle est appelé à rendre de grands services. Les précautions que nous venons d'indiquer vont être vulgarisées dans la marine par la publication de l'*Aide-mémoire du mécanicien*.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Bec-de-lièvre compliqué. — Opération.

M. GIRALDÈS présente à la Société un enfant de onze ans affecté d'un bec-de-lièvre double avec division de la voûte palatine. Cet enfant, opéré plusieurs fois par le procédé ancien, a été guéri par M. Giraldès à l'aide du procédé nouveau qu'il a fait dernièrement connaître à la Société. La lèvre est entièrement restaurée, et, grâce à la disposition particulière des lambeaux, la narine est bordée par un rebord cutané non cicatriciel.

M. GUERSANT. Ce fait vient surtout à l'appui d'une opinion que j'ai souvent soutenue : c'est que l'opération tardive est celle qui donne le plus de chances pour le bec-de-lièvre compliqué. En constatant que M. Giraldès a été plus heureux que moi sur ce jeune malade, je ne puis méconnaître l'influence qu'ont eue sur le succès le procédé employé et l'habileté de l'opérateur.

M. GIRALDÈS. Je ne puis admettre avec notre collègue l'influence prépondérante de l'âge. De très-jeunes enfants opérés par mon procédé et placés en dehors de l'hôpital dans de bonnes conditions hygiéniques, ont parfaitement guéri.

COMMUNICATION.

Calcul de la vessie engagé dans l'urèthre et arrêté dans la fosse naviculaire, débridement du méat, extraction, guérison.

M. A. DESPRÉS, chirurgien du bureau central, donne lecture de l'observation suivante, et soumet à l'examen de la Société le calcul qu'il a extrait de l'urèthre.

Le nommé Armand (Jacques) entre le 14 septembre dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 14.

Le malade est dans l'impossibilité presque complète d'uriner.

A la visite, le malade raconte qu'il n'a jamais remarqué d'accidents du côté des voies urinaires, qu'il n'a jamais rendu de graviers, et que, sauf quelques envies fréquentes d'uriner éprouvées depuis quatre jours, il n'avait rien ressenti qui pût lui faire soupçonner une maladie de la vessie. Voici comment le malade a commencé à constater son mal. Il y a deux jours, au moment où il voulait uriner, il a été pris d'une douleur subite en arrière du pubis, puis il a ressenti une sensation qu'il compare au passage d'un corps dans l'uréthre. Malgré cela, l'urine coulait un peu et le malade se sentait soulagé. Ce dernier, toutefois, voulant faire sortir l'obstacle au cours de l'urine en pressant sur la verge, a amené le corps étranger de l'urèthre dans la fosse naviculaire.

La rétention d'urine était complète, mais par un artifice le malade parvenait à accomplir la miction, il tirait les lèvres du méat au delà du calcul, et celui-ci, comme une soupape, cessant d'être en rapport avec l'orifice de l'urèthre, laissait écouler l'urine qui avait distendu la fosse naviculaire.

Les parties étaient dans l'état suivant : le gland était tuméfié, dur, les lèvres du méat entr'ouvert laissaient voir un calcul grisâtre.

Comme le méat était très-étroit, et comme le calcul était peu mobile et ne pouvait être extrait par des tractions, un bistouri tenu à plat a été introduit entre le calcul et l'uréthre. La lame du bistouri a été tournée du côté de l'urèthre, au point où s'insère le frein de la verge. Un débridement de 8 à 9 millimètres a été pratiqué, et le calcul a pu être extrait avec une pince à dissection par le méat urinaire ainsi agrandi.

La plaie a été réunie par une serrefine, et la verge a été entourée de compresses froides. Aujourd'hui la plaie est cicatrisée et le malade est guéri.

Après l'extraction du calcul, l'uréthre explorée avec une sonde ne présentait aucune lésion. La prostate, explorée par le toucher rectal, n'offrait rien d'anomal.

Le calcul, de forme ellipsoïde, régulier et trés-lisse, composé d'un noyau de phosphate de chaux et d'une enveloppe de ce même sel, mais plus friable, avait 4 centimétres dans son plus grand diamètre, et 1 centimétre 1/2 dans le petit diamètre. Une de ses extrémités arrondie était celle qui se montrait à l'extérieur au moment où l'opération a été pratiquée. L'autre extrémité, un peu plus effilée que la première, présentait une sorte d'étranglement.

Ce fait se rapporte à un calcul de la vessie expulsé spontanément de la cavité vésicale, et arrêté dans la fosse naviculaire; ce qu'il y a de peu ordinaire dans ce cas, c'est l'absence de tout signe de lésion de la vessie ou de l'urèthre, avant l'expulsion du calcul.

L'intégrité des voies urinaires, de l'urèthre et de la prostate, semble indiquer qu'il ne s'agit point d'un calcul de l'urèthre; surtout si l'on considère les narrations du malade; on conçoit peu d'ailleurs qu'un pareil calcul ait pu séjourner même dans la portion prostatique de l'urèthre sans causer une irritation au col de la vessie. Quant à l'absence des accidents, du côté de la vessie, on peut les attribuer à la régularité du calcul.

Enfin, ce qui nous paraît digne d'intérêt, c'est la possibilité du cheminement de ce calcul dans l'urèthre, dont les dimensions normales ne doivent pas faire supposer une dilatabilité aussi considérable.

M. L. LABBÉ. J'ai assisté cette année à une opération analogue faite par M. Jarjavay. Le calcul était plus volumineux et l'extraction plus pénible; mais tous les renseignements permettaient d'établir que la pierre s'était développée dans la fosse naviculaire.

M. DOLBEAU. Le cas que vient de nous exposer M. Després n'est pas sans analogue; je dirai même que cette expulsion spontanée d'un calcul n'est par rare, relativement. Je ne suis pas disposé, pour ma part, à croire que le calcul présenté par notre confrère ait été expulsé de la vessie. Remarquez, messieurs, cette concrétion: elle a une forme toute particulière et qui est toujours la même dans les cas analogues; c'est en quelque sorte le moule de la région prostatique de l'urèthre. L'extrémité postérieure du calcul est plus petite que l'antérieure, elle est cylindrique, c'est elle qui correspondait au col de la vessie et qui se dirigeait vers le réservoir urinaire. J'ai observé deux faits en tout semblables à celui de M. Després. M. Larrey nous a présenté, il y a quelques mois, un calcul qui vous était adressé par un chirurgien de l'armée. Même forme, mêmes dimensions, même couleur que la pièce qui est actuellement sous vos yeux. Je crois, en résumé, que ces calculs se développent dans la cavité prostatique. Ce sont des grains calculeux fournis le plus souvent par les glandes de la prostate, qui séjournent dans la partie correspondante de l'urèthre, qui s'incrustent de couches successives de phosphate de chaux. Ces calculs, une fois formés, déterminent des accidents variables, puis ils arrivent à l'extérieur soit par le périnée, soit en suivant le canal lui-même.

Il en a été de même pour le malade de M. Després, et rien dans l'observation ne démontre que la pierre venait de la vessie.

De l'intoxication putride qui complique certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur.

M. RICHET lit une note intitulée : *De l'intoxication putride qui complique certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur.*

Lorsque M. Verneuil communiqua son fait intéressant de plaie de l'articulation du genou, qui fut le point de départ de la discussion sur cette lésion si grave, il nous dit que son malade était atteint simultanément d'une fracture du maxillaire inférieur, et que les liquides versés dans la cavité buccale avaient acquis une odeur fétide. Me fondant surtout sur l'extrême gravité de la lésion du genou, mais aussi sur celle de la cavité buccale, j'exprimai cette opinion, qu'il aurait peut-être mieux valu surseoir à toute opération. C'est qu'en effet, d'après un certain nombre de faits qui avaient passé sous mes yeux, cette putridité des liquides versés dans la bouche par le foyer de la fracture du maxillaire était déjà un accident assez sérieux par lui-même pour que sa coexistence avec une lésion aussi grave que celle d'une plaie pénétrante du genou dût faire réfléchir le chirurgien sur le peu d'opportunité, je disais même l'inutilité d'une opération telle que la résection du fémur, laquelle ne remédiait qu'à un seul des accidents et encore bien incomplétement.

Je veux aujourd'hui entretenir la Société de cette intoxication putride qui peut survenir dans les cas de fracture du maxillaire inférieur lorsque le foyer de cette fracture suppure, et vous montrer que cette complication peut avoir lieu, même dans les cas de fractures réputées simples, et déterminer la mort. Depuis longtemps, mon attention est attirée sur ce sujet, car la première observation que j'ai recueillie remonte à l'année 1839. Plusieurs fois même, notre regretté collègue Morel-Lavallée m'avait pressé de lui donner quelques notes pour son mémoire sur le traitement de ces fractures; mais ces notes que je lui avais remises, trop tardivement sans doute pour qu'il pût s'en servir, n'ont jamais été publiées. Je saisis donc aujourd'hui cette occasion de faire connaître mes observations sur ce point important qui a passé pour ainsi dire inaperçu jusqu'à ce jour, et qui cependant ne manque ni d'intérêt ni de gravité.

Pendant mon internat, je fus frappé par les deux faits que voici et que je résumerai succinctement.

En 1839, on apporta dans le service de A. Bérard, à l'hôpital Necker, un charpentier, homme fort et vigoureux, qui venait, disait-il, de recevoir un boulin sur le menton; il fut établi plus tard que c'était simplement un coup de poing qu'il avait reçu dans une rixe à la bar-

rière du Maine; peu importe, pour le moment, la cause de la lésion, ce qu'il y avait de certain, c'est que le maxillaire inférieur était fracturé, que le trait de la fracture était presque vertical et passait entre la première molaire et l'incisive du côté gauche. La gencive était déchirée, et le fragment antérieur abaissé pouvait facilement être ébranlé, ce qui produisait une crépitation non douteuse. Du sang sortait en assez grande abondance par la plaie gingivale. J'appliquai de suite, avec tout le soin et tout le zèle dont j'étais susceptible en ma qualité d'interne provisoire, un appareil consistant en une fronde soutenue par plusieurs tours de bande. Une heure après, je revins visiter mon malade : l'appareil était relâché; je le réappliquai, et, lorsque le lendemain A. Bérard fit la visite, il prescrivit d'en appliquer un troisième, le second n'ayant pas mieux réussi que le premier.

Malgré tous nos efforts, il fut impossible de maintenir les fragments en rapport, du sang s'écoulait toujours par la plaie; puis bientôt au sang succéda une sanie putride, puis du pus infect, bientôt un abcès se manifesta dans la région sus-hyoïdienne; le malade, dont l'haleine était empestée et qui se plaignait vivement de l'odeur qu'il exhalait, fut pris de perte d'appétit, de diarrhée, de vomissements, de petits frissons irréguliers, puis maigrit rapidement en même temps que sa peau prenait une teinte terreuse; finalement il périt le seizième jour à partir de son entrée à l'hôpital. Bérard attribuait cette funeste terminaison, à laquelle aucune médication ne put mettre obstacle, à une infection purulente, et tous nous partagions son avis. Quel ne fut pas son étonnement et le nôtre lorsqu'à l'autopsie nous ne trouvâmes aucun abcès métastatique dans les viscères, rien, absolument rien dans le tube digestif, aucune lésion, en un mot, qui pût nous donner l'explication de cette issue fatale; le mot d'*infection putride* fut prononcé, mais on n'y attacha pas autrement d'importance.

Ce fait recueilli avec soin avait cessé de nous préoccuper, lorsque, en 1842, alors que j'étais interne dans le service de M. Velpeau, je fus témoin du fait qui suit et dont notre excellent maître a certainement conservé la mémoire.

C'était l'époque à laquelle les chirurgiens, enhardis par les brillants succès de la myotomie oculaire dans le strabisme, cherchaient à remédier par les mêmes moyens au bégayement. Les uns enlevaient une tranche de la langue, d'autres se contentaient d'y faire des incisions, mais le plus grand nombre s'attaquaient aux muscles génio-glosses, qu'on croyait s'opposer aux libres mouvements de l'organe de la parole par leur contracture. Un jeune homme de dix-huit ans se présenta à la clinique de la Charité, demandant instamment à être guéri de son bégayement, et M. Velpeau, après s'être longtemps fait prier,

lui pratiqua par la cavité buccale, avec de longs ciseaux courbes, la section des génio-glosses très-près de leur attache aux apophyses *géni*. Le succès parut d'abord couronner cette tentative, et, les jours qui suivirent, la parole semblait plus nette et moins hésitante. Mais, hélas ! le succès fut de courte durée : non-seulement le bégayement revint plus prononcé qu'avant, mais bientôt ce jeune homme perdit l'appétit, maigrit, fut pris de vomissements, de diarrhée, de petits frissons irréguliers, de saignements de nez, en même temps que son haleine se corrompit et qu'une suppuration fétide et abondante remplissait sa bouche. Pendant la journée, il crachait ces liquides empoisonnés, mais la nuit il les avalait. Le dépérissement allait s'aggravant chaque jour, on crut à une fièvre typhoïde dont cependant les symptômes principaux faisaient défaut. Ainsi, point de pétéchies, pas de fièvre continue, point de gargouillement dans la fosse iléo-cœcale, point do stupeur, rien du côté des poumons. Lavages répétés de la bouche, purgatifs, toniques, rien n'y fit; le malade succomba, et, à l'autopsie, nous ne trouvâmes ni abcès métastatiques, ni ulcérations intestinales, ni aucune autre lésion appréciable. Seulement on remarqua que les plaques de Payer étaient un peu plus gonflées peut-être que de coutume, mais sans qu'aucune d'elles fût ulcérée.

A quoi pouvait-on attribuer la mort ? Pour mon compte je pensai à une infection putride déterminée par l'ingestion des liquides altérés avalés par le malade, lesquels avaient déterminé une intoxication générale ne laissant aucune trace appréciable par le scalpel.

Quoique dans ces deux faits la cause qui a donné naissance aux accidents ne soit pas la même, j'ai cru devoir cependant les rapprocher pour bien montrer que, quelle que soit l'influence sous laquelle des liquides sanieux ou purulents sont mélangés avec la salive, les phénomènes infectants auxquels ils donnent lieu sont les mêmes. Dès que l'haleine acquiert une certaine fétidité, on voit dans les deux cas l'appétit se perdre, puis surviennent de petits frissons irréguliers et pour ainsi dire imperceptibles, surtout si on les compare aux frissons violents de l'infection purulente, puis de la diarrhée, des vomissements, un dépérissement sensible avec teinte terreuse de la peau, et enfin la mort. Ces symptômes ne sont ni ceux de l'infection purulente proprement dite, telle qu'elle est généralement décrite, ni ceux de la fièvre typhoïde; d'ailleurs après la mort on ne trouvo aucune des lésions qui caractérisent ces deux affections ; on ne découvre même rien, absolument rien d'appréciable dans les viscères, ce qui fait supposer que la cause de la mort est une sorte d'empoisonnement des liquides, une *septicémie*, pour parler le langage de l'école organopathique. C'est qu'en effet cette forme d'infection se rapproche beaucoup de

celle qu'on voit survenir chez les individus qui sont en proie à une vaste suppuration et qui périssent *à la longue* par la pénétration dans le sang des éléments putrides contenus dans le foyer, variété qui avait été distinguée avec soin de l'infection purulente par P.-H. Bérard et Bonnet. Mais elle en diffère par la promptitude avec laquelle elle parcourt ses périodes et détermine la mort, ce qui peut s'expliquer par la pénétration plus rapide et pour ainsi dire en masse des éléments infectants par le tube digestif et peut-être aussi par la respiration, tandis que, dans l'infection putride chronique ou fièvre hectique des auteurs, les éléments altérés ne peuvent pénétrer que par parcelles très-ténues. On pourrait donc, pour la distinguer, lui donner le nom d'infection ou intoxication putride *aiguë*.

Il serait sans doute très-intéressant de poursuivre plus loin cette étude des caractères différentiels de cette variété d'infection générale avec les autres formes de septicémie, qui sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne le pense généralement, et c'est là un travail dont je réunis en ce moment même les éléments ; mais j'ai hâte de revenir à l'objet principal de ma communication, c'est-à-dire à la lésion buccale, cause première de tous ces désordres.

Les fractures du maxiliaire inférieur sont divisées en fractures du corps et des branches. Celles du corps de l'os, les seules dont je m'occupe, sont comme toutes les fractures, *simples* ou *composées*, comme disent les Anglais, c'est-à-dire *compliquées*. On les dit simples quand il n'y a pas de plaie extérieure; mais on n'a pas remarqué que même celles-là sont souvent des fractures compliquées dans l'acception qu'on accorde généralement à cette expression. C'est qu'en effet, quand la membrane gingivale, intimement liée, ainsi qu'on sait, au périoste, vient à être déchirée, le foyer de la fracture se trouve non-seulement communiquer avec l'air extérieur, mais encore avec les liquides sécrétés dans la cavité buccale. Eh bien, cette remarque, si naturelle, si simple cependant, semble avoir échappé à presque tous les auteurs classiques, et ceux qui l'ont entrevue paraissent n'en avoir tiré aucune des conséquences qu'elle comporte. C'est ainsi que J. L. Petit, J. Bell, S. Cooper, Delpech, Boyer, Vidal et enfin M. Malgaigne n'en disent absolument rien; il faut arriver jusqu'à M. Nélaton pour voir cette particularité signalée, et c'est enfin dans le *Compendium de chirurgie* de MM. Denonvilliers et Gosselin qu'on la voit pour la première fois nettement formulée. Seulement, le premier de ces auteurs la regarde simplement comme une cause de nécrose des fragments, mais sans aller plus loin ; tandis que les savants auteurs du *Compendium* lui assignent comme conséquence une ostéite peu grave, et déclarent ensuite que pour eux cela ne constitue pas une *complication*.

Permettez-moi de m'arrêter un instant sur les suites que peut avoir cette déchirure du périoste gingival, et vous allez voir qu'elle constitue, au contraire, une véritable complication parfois des plus graves, qui a sur les symptômes, la marche, le pronostic et le traitement de la fracture une grande importance, qui, en un mot, lui imprime une physionomie spéciale bien différente de celle des fractures dites simples.

Tout le monde sait que les fractures qui sont sans déchirure du périoste gingival guérissent rapidement et sans accident, dans l'espace de trente-cinq à quarante jours; il en est de même de celles qui sont avec déchirure, mais sans déplacement des fragments, parce qu'alors ni l'air ni les liquides salivaires ne pénètrent dans le foyer de la fracture. Mais si, au contraire, la déchirure ayant lieu, les fragments s'écartent et se déplacent, alors le sang qui s'épanche dans le foyer de la fracture, communiquant avec l'air et se mélangeant avec les liquides de la bouche, peut acquérir, et cela très-promptement, des propriétés septiques; la gencive s'enflamme et se boursoufle, une tuméfaction se manifeste dans la région sus-hyoïdienne ou sur le bord marginal de l'os au niveau du point fracturé, un liquide sanio-purulent s'écoule constamment dans la cavité buccale, l'haleine devient infecte et insupportable au malade lui-même. Bientôt, si on ne parvient à maintenir les fragments et à faire cesser cette communication du foyer avec la bouche, un abcès véritable se déclare à la région sus-hyoïdienne, tous les symptômes vont s'aggravant, et le malade qui avale le pus et les liquides altérés versés dans la bouche et qui ne peuvent trouver d'autre issue, peut mourir empoisonné.

Voilà ce qui peut arriver dans les cas les plus graves; mais heureusement cette terminaison est rare, et si on ouvre l'abcès au-dessous de la mâchoire, le pus trouvant par cet endroit déclive une issue facile, le calme ne tarde pas à renaître. D'autres fois, cependant, ainsi que l'a indiqué M. Nélaton, on voit s'établir une nécrose, ou bien encore des fistules interminables se forment soit sur les gencives, soit à la région sus-hyoïdienne; on a aussi observé des consolidations tardives, et enfin des non-consolidations.

Ces derniers accidents, les abcès, la nécrose, les fistules, les consolidations tardives, ont été signalés par beaucoup d'auteurs; ainsi, MM. Gosselin et Denonvilliers, M. Malgaigne, M. Neucourt, y ont insisté, mais la plupart sans les rapporter à la cause que j'indique, et quant au phénomène de l'infection putride, chose singulière, aucun n'en parle. Il est vrai que Dupuytren et Monteggia semblent redouter cette infection, mais c'est dans les fractures compliquées, dans celles par armes à feu surtout, et ici ils ne semblent avoir été guidés que

par l'analogie, c'est-à-dire par ce qui se passe dans les autres fractures compliquées de plaie à la peau [1].

D'après les descriptions tracées par les auteurs classiques, il semblerait donc que les fractures du maxiliaire inférieur devraient se comporter d'une manière très-simple, et que la mortalité devrait être nulle ou du moins très-exceptionnelle ; or, il est loin d'en être ainsi. Sur vingt-sept fractures de cet os relevées par M. Malgaigne sur les registres de l'Hôtel-Dieu, on compte quatre morts, et sur dix fractures observées par moi depuis une vingtaine d'années, et dont j'ai recueilli les observations, je trouve deux morts. Total trente-sept fractures, six morts, soit un sur six. Dans quelles fractures dites *simples* de l'humérus, par exemple, ou du fémur, ou même de la jambe, trouvet-on une pareille mortalité? Pour que la fracture du maxillaire inférieur donne lieu à de pareils résultats, il faut nécessairement une raison, et cette raison, je la trouve dans cette complication de la déchirure du périoste gingival, dans les suppurations du foyer et dans l'infection putride aiguë qui en est la conséquence.

Voici, d'ailleurs, une analyse des dix cas de fractures du corps de l'os observés par moi :

1° Quatre cas très-simples terminés par consolidation sans accidents ;

2° Deux cas de suppuration avec nécrose partielle terminés par la guérison un peu tardive;

3° Un cas d'abcès simple sur lequel je reviendrai tout à l'heure à propos du traitement;

4° Un cas de fausse articulation observé dans le service de Gerdy, que je remplaçais alors comme chirurgien du Bureau central;

5° Enfin, deux cas de mort.

J'ai donné une analyse du premier cas de mort; voici le second :

Un jeune homme de vingt-quatre ans reçut un vigoureux coup de poing qui lui fractura le maxillaire inférieur à l'union de la canine avec les incisives, c'est-à-dire environ au niveau du trou mentonnier. Le périoste gingival était largement déchiré, et le fragment postérieur débordait l'antérieur en haut de plus d'un demi-centimètre. La ré-

---

1. **Depuis que cette communication a été faite, j'ai reçu de notre obligeant et savant collègue M. Giraldès une note où il me dit que Gross, dans son *System of surgery,* publié en 1864 à Philadelphie, dit avoir vu des malades succomber à cette infection putride dans les *fractures composées,* par armes à feu; mais il ne parle pas de cet accident compliquant les fractures sans plaie à la peau. Du reste, on trouvera plus loin la note de M. Giraldès, qui sera publiée dans le prochain procès-verbal.**

duction était facile, mais le déplacement se reproduisait aussitôt qu'on cessait de maintenir les fragments. Du sang mélangé de bulles d'air s'écoulait dans la bouche. Je lui fis placer un appareil en gutta-percha, suivant les indications de notre collègue Morel-Lavallée, et j'y adjoignis une fronde pour mieux maintenir les fragments qui se déplaçaient avec une grande facilité, d'autant mieux que ce jeune homme était très-impatient de la douleur.

Le lendemain, l'appareil était sur la table de nuit du malade indocile, que je gourmandai sévèrement. Un autre fut appliqué : même indocilité, même résultat. Je voulus alors pratiquer la ligature des dents avec un fil d'argent, pensant que le malade supporterait mieux cet appareil, mais il prétendit que celui-là le gênait autant, et, sans l'enlever cependant, ne fit rien pour le conserver en place.

Au bout de quelques jours, la ligature s'étant desserrée, les fragments se déplacèrent de nouveau, et il n'y eut plus moyen de faire entendre raison au malade. Cependant une tuméfaction considérable s'était manifestée à la région mentonnière, l'haleine était devenue infecte, du foyer de la fracture s'écoulait un pus fétide et sanieux que lo malade rejetait le jour, car il était atteint d'un ptyalisme continuel, mais qu'il avalait la nuit. Bientôt il fut pris de frissons irréguliers, de saignements de nez, de malaises indéfinissables, de diarrhée et de vomissements, malgré les gargarismes au quinquina et les purgatifs répétés que je lui administrai. Les gencives se décollèrent sur l'un et l'autre fragment, qui, dénudés et noirâtres, pouvaient être facilement aperçus dans le fond du foyer. Le gonflement de la région mentonnière persistait, sans qu'on pût toutefois trouver nulle part un point fluctuant. Bientôt aux frissons irréguliers succéda une fièvre continue, et enfin le vingtième jour, à partir de son entrée à l'hôpital, ce malheureux garçon succomba.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes aucune lésion dans les viscères; la seule chose que nous remarquâmes, c'est que la putréfaction cadavérique avait, dans les dix-huit heures qui nous séparaient de la mort, fait de très-rapides progrès.

Je n'insisterai pas davantage, je n'ai pas l'intention de reprendre l'histoire tout entière des fractures du maxillaire inférieur, j'ai seulement voulu mettre en lumière un point de cette histoire qui m'a paru n'avoir pas été suffisamment étudié ; il me reste maintenant à résumer ce que je viens de dire en quelques mots :

1° La fracture du maxillaire inférieur, lorsque le périoste alvéolo-gingival a été déchiré et qu'il existe en même temps un déplacement des fragments, n'est plus une fracture simple, mais une fracture compliquée, puisque le foyer de la fracture communique avec la cavité

buccale, c'est-à-dire tout à la fois avec l'air extérieur et avec les liquides salivaires;

2° Outre la complication de purulence du foyer de la fracture, celles d'abcès circonvoisins, d'ostéite, de nécrose, de consolidation tardive, déjà observées et décrites par les auteurs, mais que je crois beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit généralement, on peut encore observer des accidents généraux pouvant devenir fort graves et même entraîner la mort;

3° Ces accidents généraux, caractérisés par des frissons irréguliers à peine perceptibles, la putridité de l'haleine, la diarrhée, les vomissements, etc., lorsqu'ils font périr les malades, ne laissent point de traces à l'autopsie;

4° Enfin, on ne peut rapporter ces accidents ni à l'infection purulente proprement dite, ni à la fièvre typhoïde, c'est une sorte de septicémie ou intoxication putride, que j'appellerais volontiers aiguë pour la différencier de ce qu'on appelait autrefois la *fièvre hectique*.

Resterait à examiner par quels moyens on peut prévenir cette terminaison funeste; sur ce point, je serai bref. Il est évident que le plus efficace de tous, c'est l'immobilisation des fragments après la réduction de la fracture. Pour l'obtenir, le meilleur, selon moi, des appareils, c'est le plus simple, c'est-à-dire la ligature des dents quand elle est possible.

Voici un fait très-remarquable qui remonte à trois mois à peine et qui prouve combien ce moyen est parfois efficace :

Au mois de juin dernier, une jeune dame qui chevauchait dans la forêt de Fontainebleau, est renversée dans un fossé et se fracture le côté gauche du corps du maxillaire inférieur au niveau du trou mentonnier.

Ramenée à la ville, elle est visitée par un de nos confrères, qui reconnaît de suite la fracture, applique un appareil (je n'ai pu savoir au juste lequel), et recommande un repos absolu. La malade, indocile, défait l'appareil et continue à se promener. Mais, le treizième jour après l'accident, elle est prise de frissons, de douleurs à la région sus-hyoïdienne, d'accidents tels, en un mot, que, saisie de frayeur, elle accourt à Paris, où je suis appelé à la visiter. La fracture était oblique en bas et en arrière, le fragment antérieur était abaissé et le postérieur le dépassait d'un demi-centimètre.

Le périoste gingival était largement déchiré, et le trait de la fracture passait entre la canine et la première molaire. L'haleine était infecte, il fallait laisser les fenêtres ouvertes jour et nuit, tant la malade et les assistants en étaient incommodés. Un pus rougeâtre et sanieux

sortait quand on ébranlait les fragments; enfin, un engorgement considérable existait à la région sus-hyoïdienne, mais dur et sans fluctuation. La malade avait perdu l'appétit, la fièvre revenait le soir par petits accès; toutefois, il n'y avait ni vomissements ni diarrhée.

Comme les dents étaient très-belles et solidement implantées, je jugeai de suite qu'on pouvait s'en servir pour immobiliser les fragments, car c'était cette dernière indication qu'avant tout je tenais à remplir. Je réduisis donc la fracture; puis, avec un fil d'argent, j'entourai les quatre dents qui l'avoisinaient, c'est-à-dire deux appartenant à chaque fragment, et j'appliquai une fronde; les fragments bien réduits paraissaient devoir se maintenir.

Le lendemain, je constatai l'augmentation du gonflement de la région sus-hyoïdienne; la fronde n'avait pu être supportée, mais la ligature des dents avait suffi pour maintenir la fracture parfaitement réduite.

Néanmoins, le gonflement sus-hyoïdien continua à grossir; je dus l'inciser; il en sortit un demi-verre d'un pus rougeâtre et infect. A partir de ce moment, tous les symptômes généraux s'amendèrent. L'appétit revint, l'haleine resta encore quelque temps fétide; puis, dès que la suppuration disparut, elle redevint ce qu'elle était avant l'accident.

Le trentième jour après l'application de la ligature, je pus enlever le fil, et je m'assurai que la consolidation était assez avancée pour que je pusse délivrer la malade de tout appareil.

Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie et n'a été traversée par aucun accident.

Cette observation prouve l'utilité et l'efficacité de la ligature des dents, alors même que les fragments ont une tendance manifeste à l'écartement; elle montre aussi que leur immobilité est le meilleur traitement des accidents qui suivent l'introduction de l'air dans le foyer de la fracture. Enfin, on a dû remarquer la rapidité avec laquelle se sont évanouis les phénomènes de fétidité locale et d'infection générale commençants, dès que le pus prit jour par la région sus-hyoïdienne.

Mais la ligature des dents n'est pas toujours possible, et surtout elle ne réussit pas toujours aussi bien; il faut alors avoir recours à l'appareil en gutta-percha de Morel-Lavallée.

Dans le cas où les accidents d'intoxication ont commencé, alors que les fragments nécrosés versent incessamment du pus dans la bouche, je crois qu'il convient de faire des injections avec de l'eau dans laquelle on met une faible proportion d'acide phénique, comme me

disent le faire avec succès en ce moment même deux de nos collègues MM. Legouest et Demarquay.

De son côté, M. Dolbeau, qui a eu comme moi deux fois l'occasion de voir des accidents très-graves d'infection putride à la suite de fractures dites simples, les a vus disparaître aussi, me dit-il, par le seul fait de l'incision dans le lieu déclive. C'est donc là certainement un très-bon moyen, le meilleur peut-être. Mais malheureusement ce n'est pas toujours à la présence de véritables abcès, d'abcès du moins qu'on peut ouvrir, que tient l'intoxication, mais au foyer suppurant de la fracture elle-même. Peut-être dans ce cas serait-il bon de pratiquer une contre-ouverture à ce foyer même et d'y établir lo drainage imaginé par notre distingué collègue, M. Chassaignac. C'est là toutefois un point qui ne peut être établi que par des observations.

J'ajouterai enfin, en terminant, qu'il ne faudra pas négliger le traitement interne ordinaire des accidents putrides, c'est-à-dire les vomitifs et les purgatifs, les toniques à haute dose, et parmi ces derniers je préconiserai surtout les lavages de la bouche avec les alcooliques, et surtout les boissons alcooliques à l'intérieur.

Communication sur l'emploi d'une nouvelle substance anti-blennorrhagique, l'essence de santal jaune.

M. PANAS. Henderson a publié, dans le *Medical Times and Gaz. June*, 3, un article reproduit dans la *Gazette hebdomadaire* par M. Genest de Servières, 14 juillet 1865, p. 434, concernant les propriétés anti-blennorrhagiques de l'essence de santal jaune (*syricum myrtifolium*), qu'il considère comme supérieur en action au copahu et comme ayant sur ce dernier le grand avantage d'être très-bien toléré par l'estomac.

Ne pouvant me procurer à Paris cette huile essentielle, dont voici un petit échantillon, j'en fis venir de Londres, et je l'expérimentai sur des malades tous du sexe masculin, afin d'arriver à des résultats plus concluants que s'il s'était agi de femmes chez lesquelles la blennorrbagie affecte, comme on sait, une marche bénigne toute particulière.

Conformément au dire de Henderson, j'ai pu constater que l'essence de santal est parfaitement tolérée, même par des estomacs délicats et qui s'étaient révoltés à de petites doses de cubèbe et surtout de copahu; sauf une certaine sensation de chaleur épigastrique qui se dissipe promptement au bout d'un quart à une demi-heure, je n'ai rien observé de notable.

Dans le cours de la médication, les urines prennent une odeur *sui generis* de santal, mais leur quantité reste la même, et les malades n'éprouvent pas de douleur ou de pesanteur du côté des reins et de

la vessie, ce qui me fait penser que cette substance ne possède pas une action nuisible sur l'appareil urinaire.

Henderson administre l'essence en dissolution dans trois parties d'alcool et aromatise le tout avec quelques gouttes d'essence de cannelle. J'ai pensé qu'administré pur, sous forme de capsule, le médicament serait plus facile à prendre, et que l'on aurait ainsi des résultats plus concluants au point de vue des propriétés thérapeutiques de celui-ci. M. Bretonneau, pharmacien, successeur de M. Cadet-Gassicourt, a bien voulu se charger de cette préparation dont voici un échantillon. Vous voyez que la coloration jaune de l'essence a fait ici place à une couleur rose, c'est là un détail de la fabrication; M. Bretonneau ayant pensé que, pour les distinguer des capsules au copahu, ce qui n'est pas toujours indifférent aux yeux de certains malades, il convenait d'y ajouter un peu d'une substance tinctoriale rouge soluble dans l'essence de santal.

En sachant que chaque capsule contient 0,40 d'huile, il est du reste très-facile de doser le médicament.

Dans mes essais, j'ai administré dix capsules par jour, prises par intervalles dans la journée, ce qui fait quatre grammes par vingt-quatre heures.

Le nombre des observations que j'ai recueillies est de quinze, parmi lesquelles on compte cinq cas d'uréthrite de quatre à huit jours, encore vierge de tout traitement, et dix de blennorrhagie aiguë, mais remontant à plus de deux semaines, et ayant déjà subi des traitements insuffisants, soit par les injections, soit par le copahu et le cubèbe.

Parmi les uréthrites toutes récentes, trois ont été soumises à un traitement antiphlogistique préalable, les deux autres furent traitées par l'essence de santal, administrée d'emblée. Voici quels ont été les résultats. La douleur de l'uréthrite a été considérablement amendée dans un temps très-court, variant de un à trois jours au plus.

Mais l'action la plus remarquable est celle que le médicament exerce sur l'écoulement, qui, dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures au plus, se trouve réduit en une espèce de suintement séreux transparent, ou à quelques gouttes de muco-pus blanchâtres, quelle que soit la couleur et l'abondance primitive de la sécrétion morbide.

Une fois ce changemeut obtenu, les choses restent à peu près stationnaires malgré la continuité du traitement, et ce n'est que vers le quinzième ou vingtième jour que l'on obtient la cessation du flux muqueux; encore m'a-t-il fallu, dans un certain nombre de cas, ajouter vers la fin une injection légèrement astringente, répétée deux fois par jour.

Règle générale, l'essence de santal, de même que les autres balsa-

miques, réussit mieux administrée après que les douleurs vives et l'inflammation se sont calmées, ou qu'elles ont été avantageusement modifiées par un traitement antiphlogistique approprié, que lorsqu'on a recours à cet agent dès le début. J'ai même vu une fois survenir une légère cystite du col, par suite de l'administration intempestive de l'essence de santal.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure que l'essence de santal, généralement bien supportée par l'estomac et d'une action pour le moins égale à celle du copahu, offre des avantages incontestables pour les cas malheureusement assez communs où les autres balsamiques ont échoué, ou n'ont pu être tolérés par l'estomac.

PRÉSENTATIONS.

Anévrysme faux consécutif du pli du bras.

M. LÉON LABBÉ présente un homme atteint de tumeur anévrysmale de l'avant-bras. Le malade qui fait le sujet de l'observation s'est blessé, il y a quinze mois, en tombant sur un corps pointu, et aussitôt une plaie a été produite, et une hémorrhagie avec jet a eu lieu. La plaie s'est cicatrisée, mais la tumeur n'a jamais complètement disparu. Il y a dix mois environ, elle présentait le volume d'une petite pomme, et alors elle était réductible. Depuis cette époque, elle a pris un accroissement graduel, mais elle n'a acquis les dimensions qu'elle présente actuellement que depuis quelques jours. La semaine dernière, un des amis du malade lui pressa le bras en jouant; peu d'instants après, la tumeur augmenta d'un tiers environ en volume, et aujourd'hui elle est bien plus grosse que le poing. On ne trouve ni battements ni mouvement d'expansion, mais le pouls radial est singulièrement affaibli, et un bruit de souffle, rude et intermittent, est entendu à la partie interne de la tumeur. M. Labbé pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'un anévrysme faux consécutif, dont le sac a été rompu, ces jours derniers, sous l'influence des malaxations opérées sur le bras du malade par son camarade. Des caillots volumineux se sont formés, et ceci rend compte d'un certain degré de dureté que l'on constate au niveau de cette poche et de l'absence du mouvement d'expansion. M. Labbé s'est demandé si les caillots ne l'obligeraient pas à opter pour la méthode ancienne, c'est-à-dire l'ouverture du sac, il désire l'avis de ses collègues sur la conduite à tenir dans ce cas. Jusqu'à ce jour il s'est borné à l'expectation. Le malade est en observation depuis huit jours. Le volume de la tumeur ne s'est pas modifié sensiblement.

M. LÉON LABBÉ présente une tumeur de l'omoplate : c'est un fibro-

enchondrôme ayant pris naissance sur le périoste du bord axillaire de l'omoplate.

La tumeur a été enlevée, mercredi 13 septembre, et le malade est mort, au bout de quatre jours, des suites d'un érysipèle malin qui a débuté neuf heures seulement après l'opération. Plusieurs autres érysipèles se sont simultanément déclarés dans les salles.

La dissection de la tumeur avait été fort laborieuse, à cause des prolongements qui s'étendaient dans le creux axillaire. A l'autopsie, M. Labbé a constaté qu'une infiltration de pus s'était déjà faite dans une étendue fort considérable au-dessous des muscles larges du dos. A ce propos, M. Labbé appelle l'attention de ses collègues sur la gravité extrême que présentent les opérations pratiquées dans le creux axillaire, en vue de l'ablation de tumeurs. L'année dernière, au mois de septembre, il enleva une tumeur ganglionnaire de l'aisselle à un malade du service de M. Richet, à l'hôpital de la Pitié. Dans ce cas encore la dissection fut laborieuse; les derniers ganglions touchaient à la partie interne de la clavicule, sous le grand pectoral. L'inflammation se propagea au-dessous de ce muscle et gagna le péricarde. Le malade mourut des suites d'une péricardite pseudo-membraneuse et purulente. C'est là un cas intéressant à rapprocher des faits de propagation de l'inflammation des parois pectorales aux plèvres, faits si bien étudiés par M. Broca.

M. Léon Labbé remet une observation de tumeur fibro-cartilagineuse.

Tumeur fibro-cartilagineuse adhérente à l'omoplate. — Ablation. — Érysipèle bronzé, à début très-rapide, dix heures après l'opération. — Mort le quatrième jour.

Bretonchet, concierge, âgé de soixante-un ans, couché au n° 23 de la salle Sainte-Vierge.

Les renseignements donnés par ce malade sur sa famille sont les suivants :

Son père est mort à cinquante-quatre ans, d'une fluxion de poitrine, sa mère à quarante-cinq ans, peut-être d'une affection pulmonaire.

Il ne peut donner que des renseignements vagues sur ses sœurs et son frère, une de ses sœurs est morte à cinquante ans; l'autre est vivante, d'une santé un peu frêle, asthmatique, dit-il.

Il a lui-même deux filles d'une santé assez médiocre, mais sans affection organique grave.

Quant à lui, il n'a jamais été très-robuste; étant jeune, il était court d'haleine, et vers l'âge de trente-un ans a été fort tourmenté par un

catarrhe chronique, pour lequel on lui a appliqué un cautère qu'il porte encore.

D'ailleurs, pas d'hémoptysie, pas de traces de chancres ni de commémoratif de syphilis.

Il a perdu sa femme il y a quatre mois. Elle est morte d'un « cancer dans le ventre. » Cette perte l'a affecté beaucoup, et il paraît en être peu consolé actuellement.

Brétonchet fait remonter le début de sa tumeur à environ six mois. Du moins, il souffrait depuis assez longtemps de douleurs sourdes dans le bras droit, avec sensation de fatigue, d'engourdissement. Ces symptômes se prononçaient surtout la nuit, mais sans avoir le caractère d'accès.

Il s'aperçut, il y a six mois, qu'il portait une tumeur à l'épaule, et cela étant au bain, et portant la main à la région douloureuse habituellement, mais il ignore le début réel de la tumeur. Elle avait alors un volume presque égal à celui qu'elle présente.

Il vint à la consultation de M. le docteur Velpeau, il y a deux mois environ, il suivit un traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et iodure de plomb en frictions pendant sept semaines ; mais la tumeur n'ayant pas diminué, semblant plutôt augmenter, il se décida à tenter un traitement plus actif, et se présenta pour entrer à l'hôpital dans les derniers jours de juillet.

Il désirait se faire opérer et paraissait assez frappé de la crainte que sa tumeur ne fût un cancer comme celle de sa femme.

Examen au moment de son entrée :

Brétonchet est assez bien constitué, mais un peu amaigri et la figure attristée et fatiguée ; un peu pâle sans teinte jaune ou bistrée. L'appétit est bon, il n'y a pas de troubles abdominaux.

Du côté de la poitrine, sonorité exagérée en avant, omoplates écartés en arrière, bruits respiratoires faibles, avec râles muqueux à diverses hauteurs des deux côtés ; le malade accuse une dyspnée habituelle mais ayant bien diminué depuis quelque temps.

Rien de notoire dans l'appareil circulatoire.

Il porte dans la région de l'omoplate droite une tumeur située vers le bord axillaire de cet os, et semblant empiéter notablement sur la fosse sous-épineuse. La tumeur est ovoïde, arrondie, à grand axe vertical, elle semble s'aplatir en arrière vers le creux sous-épineux, et en avant sur la fosse sous-scapulaire, limitée nettement par en bas.

En haut, la tuméfaction se confond avec le relief du tendon du grand dorsal, et est mal limitée.

Lorsque le bras est porté en haut, la tumeur fait saillie sur le bord

axillaire, et déborde de 5 centimètres environ. Le tendon du grand dorsal est divisé et contourne inférieurement la tumeur.

La sensibilité, les mouvements du bras sont conservés.

Au toucher : pas de douleur, sensibilité au niveau de la fosse sous-épineuse. Sensation unique dans les divers points d'une tumeur lisse, globuleuse, d'une dureté fibreuse, presque cartilagineuse avec une certaine élasticité.

La tumeur semble avoir une base large; elle est mobile avec l'omoplate, et ne présente évidemment pas d'adhérences avec la région des côtes.

Elle mesure environ 30 centimètres de circonférence.

M. le professeur Velpeau diagnostiqua un enchondrôme.

M. le docteur Labbé prend le service à ce moment; après avoir examiné de nouveau le malade, avec M. Oscar Hyefelder, il se décide, sur les instances réitérées du malade, à pratiquer l'opération.

Opération, 13 septembre. — L'opération est pratiquée le 13 septembre en présence de M. le docteur Dolbeau et de M. Heyfelder. Le chloroforme étant donné en faible quantité, à cause de l'état de la poitrine. Le malade couché sur le côté gauche, et le bras maintenu élevé, M. Labbé pratique une incision oblique partant de la moitié de l'épine de l'omoplate, dépassant la limite inférieure de la tumeur et aboutissant à peu près au-dessous de la moitié du bord postérieur de la région axillaire. Quelques faisceaux musculaires étant incisés, on trouve la tumeur entre le sous-épineux et le grand dorsal. Elle proémine au-dessus du sous-épineux et a repoussé le grand dorsal, mais supérieurement se prolonge vers son tendon.

La tumeur est en grande partie énucléée à l'aide du bistouri convexe, mais on sent alors un gros noyau irrégulier vers l'aisselle; il est également enlevé, ainsi qu'un dernier fragment plus petit et plus profond. L'implantation sur l'omoplate n'a pas plus de deux centimètres; elle a lieu sur le bord axillaire. Cette portion de l'os est réséquée à l'aide d'une pince de Liston.

La dissection des divers fragments de la tumeur a été assez pénible, une quantité assez considérable de sang s'est écoulée, et notamment une artère, la sous-scapulaire probablement, a donné un jet de sang considérable.

Deux ligatures ont été appliquées. La plaie est réunie en partie en haut et en bas, à l'aide d'une serrefine et de trois points de suture entortillée en haut, et de deux points de suture entortillée en bas. Le fond de la plaie est rempli de bourdonnets de charpie, la moitié de la plaie est laissée ouverte.

Pansement à l'eau fraîche.

Examen anatomique de la tumeur.

Des trois portions de la tumeur, la plus grosse a 8 centimètres de longueur sur 4 de haut et 6 de large, ovoïde; sa surface externe lisse, en quelques endroits adhérente à des portions musculaires, irrégulières, et présentant des traces de section à sa partie supérieure. Les deux autres masses réunies forment le volume d'un œuf; mais, eu tenant compte de la graisse, on trouve, en définitive, en les réunissant, une masse centrale de la grosseur d'une noix, envoyant plusieurs diverticules cylindriques, arrondis à leur extrémité libre, dont le plus gros a 6 millimètres de large et 2 centimètres de long, et porte à son sommet un bout d'artère assez grosse, coupée, qui ne leur adhère que par du tissu cellulaire lâche, et qui avait donné par sa section un jet de sang assez considérable. A la coupe, résistance fibro-cartilagineuse; la tumeur paraît composée d'une série de pelotons ou géodes, ou lobules, rosés, grisâtres, jaunâtres, d'une certaine transludicité, séparés par des traînées fibreuses blanchâtres, qui forment entre les pelotons des tractus étroits, aboutissant à des plaques blanc-bleuâtres qui se confondent peu à peu avec le fond gris-rose.

Examen histologique. — Les éléments qui composent la tumeur sont par ordre d'importance :

Corps fusiformes de tissu lamineux. Fibres élastiques. Chondroplastes de la variété fœtale. Cellules graisseuses. Vaisseaux capillaires.

La disposition générale de ces éléments est la suivante :

Les chondroplastes forment des groupes ovalaires arrondis on losangiques, séparés par des traînées fibreuses. Un grossissement de 70 d. donne bien une idée générale très-nette de cette disposition, et à un grossissement plus considérable on peut suivre sur la limite des amas de cartilage la transformation successive des corpuscules conjonctifs en cellules de cartilage.

Le 13. — Le soir, le malade est assez abattu, appétit nul, quatre-vingts pulsations, douleurs, cuisson vive dans l'épaule et le bras.

Il a bu un peu de bouillon et de vin.

Les corps fusiformes, s'élargissant, deviennent losangiques ovalaires, prennent la forme de cônes tronqués, de massues, ou autres formes irrégulières, en même temps que la substance intermédiaire, par sa translucidité, rappelle la substance fondamentale des cartilages.

Les chondroplastes appartiennent à la variété fœtale; la plupart ne renferment que des granulations et une cellule; dans quelques-uns on peut voir une cellule à noyaux, quelquefois même plusieurs, enfin une véritable prolifération.

Cette tumeur, par ses caractères anatomiques et cliniques, appartient à la classe des enchondromes fibreux, avec prédominance de ce dernier élément. On peut la considérer comme tumeur fibro-cartilagineuse.

A neuf heures du soir, le même jour, il est pris d'un frisson assez violent, ayant duré cinq minutes.

La nuit est agitée, sensations de chaleur, de cuisson, de brûlure dans le côté droit.

Le 14. — Teinte jaunâtre, abattement, peau très-chaude; pouls à 108; langue sale, large, rugueuse, mais non sèche.

La plaie a bon aspect; mais, de la partie inférieure de la plaie naît une énorme plaque érysipélateuse, *d'un rouge sombre, bronzé,* à bords festonnés, légèrement saillants, descendant jusqu'au bassin, et, en arrière, atteignant la partie moyenne du dos.

Amidon; bouillon et limonade vineuse à discrétion.

Le soir, parole lente, difficile; peau brûlante; pouls 110.

Le malade a bu, dans la journée et la nuit du 14, deux litres de bouillon et un litre de vin coupé.

Le 15. — Insomnie la nuit dernière.

L'érysipèle occupe le bassin et la partie inférieure du tronc, jusqu'aux cuisses et au ventre.

Teinte bronzée plus évidente.

La température de la peau est plus élevée à droite, du côté de l'érysipèle, ainsi qu'aux membres du même côté.

Lavement purgatif. — Les fils d'en bas sont retirés; il y a réunion à ce niveau.

Le soir, pouls à 125; parole brève, face animée, rouge, teinte jaunâtre; ventre un peu ballonné.

Le 16. — Même état qu'hier soir; pouls à 110. L'érysipèle est descendu vers la cuisse et s'avance sur le ventre. On retire les fils supérieurs.

Même prescription : bouillon, vin à discrétion, un verre d'eau de Sedlitz.

Le soir, abattement extrême; réponses lentes, peu nettes; langue sèche; subdélirium; tremblement des mains; soif assez vive.

Le malade meurt dans la nuit, vers trois heures.

Autopsie, faite le 18 septembre. — Épiderme décollé; teinte verdâtre dans les points occupés par l'érysipèle. L'incision, très-agrandie, montre du pus infiltré dans le tissu cellulaire de presque tout le dos, sur les deux faces du grand dorsal et sur les aponévroses. Les muscles sous-scapulaire, grand dentelé et sous-épineux sont également infiltrés de pus.

On ne trouve pas de ganglions dégénérés dans l'aisselle, non plus que de prolongement de la tumeur.

Au niveau de la portion réséquée, le périoste est décollé, l'os dénudé en une petite étendue.

Abdomen. — L'examen de l'abdomen ne donne pas d'autres faits notables que des plaques laiteuses et fibreuses à la surface de la rate, et une diffluence extrême des reins avec hyperhémie intense de la substance corticale. Pas de traces de tumeurs fibreuses ou cartilagineuses dans les viscères abdominaux : foie, rate, organes génito-urinaires, etc.

Les plaques de la rate sont superficielles, peu épaisses, unies par des adhérences nombreuses à la paroi abdominale voisine et au diaphragme.

Les plaques examinées au microscope n'ont nullement présenté les caractères du cartilage, ainsi que cela est habituel dans les épaississements et les plaques de l'enveloppe fibreuse de la rate.

Cavité thoracique. — Caillots noirâtres, gelée de groseille dans les ventricules. Rien de notable dans le cœur ou le poumon.

Poumons. — Anthracosis au sommet, deux cicatrices de cavernes avec quelques tubercules crétacées, emphysème des bords, congestion intense des deux poumons.

Quelques points de la plèvre viscérale sont épaissis.

La plèvre pariétale, avec des restes d'adhérences anciennes et quelques épaississements partiels, présente au niveau de la tête des huitième et neuvième côtes une plaque irrégulière de deux à trois travers de doigt en divers sens, composée de mamelons de la grosseur de pois, l'aspect cartilagineux et crétacé à la surface et à la coupe, et revêtue sur ses deux faces par la plèvre, et n'adhère pas aux côtes.

Cette plaque, examinée au microscope, a montré, non les caractères de l'enchondrome, mais ceux des plaques dues à l'épaississement de la plèvre, et présentant des cellules fusiformes et des éléments élastiques, entourés d'une gangue jaunâtre translucide, rappelant la matière amorphe des cartilages, sans lui être identique, et en d'autres points des dépôts crétacés irrégulièrement disposés autour des corpuscules.

Cerveau. — Le cerveau présente un œdème assez considérable, avec quantité notable de liquide séreux, rosé dans les ventricules, épaississement de la dure-mère, dégénérescence graisseuse des artères, et adhérences de la pie-mère avec la dure-mère et l'arachnoïde, congestion de la substance corticale.

Il est à regretter que l'on ne sache pas si cet homme était buveur.

L'état des méninges, du foie, du péritoine et des plèvres semblerait annoncer des habitudes alcooliques.

Il résulte de cette autopsie que la tumeur n'était pas généralisée dans les viscères, et avait été entièrement enlevée.

M. MARJOLIN. M. Labbé vient de nous parler d'une épidémie d'érysipèle qui sévit à la Charité. C'est dans de semblables conditions que des chambres d'isolement rendraient de précieux services; il est fâcheux d'avoir à regretter qu'elles n'existent pas dans un hôpital aussi important.

M. BROCA. L'anévrysme que vient de nous présenter M. Labbé est, je crois, de ceux auxquels convient l'expectation. Je ne partage donc pas les appréhensions exprimées par notre collègue relativement aux caillots et au volume de la tumeur. Certes, elle est fort grosse, si on la compare aux anévrysmes que l'on observe ordinairement dans cette région, mais on guérit des anévrysmes beaucoup plus volumineux par les méthodes ordinaires. De plus, elle est favorablement située. Son expansion s'est librement faite vers la peau, il n'y a pas à craindre, comme dans l'anévrysme poplité, la compression des gros troncs vasculaires et nerveux de la région. Enfin elle est presque solidifiée, ce dont témoignent les caractères négatifs que vous avez constatés. Ce résultat a été obtenu, il est vrai, par une méthode que je considère comme dangereuse, la malaxation, ici appliquée par hasard. Il est très-probable aussi, comme il arrive même avec une application régulière de la malaxation, que le sac a été rompu; mais tant que les accidents ne seront pas plus pressants, il y a, je le répète, intérêt à attendre. Au cas où il faudrait intervenir, c'est d'abord à la compression indirecte, puis à la ligature que je conseillerais d'avoir recours. L'ouverture du sac ne serait pour moi qu'une extrême ressource, bien que dans cette région on ait même pu, sans grand danger, pratiquer l'extirpation de tumeurs anévrysmales. Je rejetterais aussi comme dangereuse la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le professeur Alquié (de Montpellier), membre correspondant.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. RICHET communique une note qui lui a été adressée par M. Giraldès au sujet de sa lecture sur les fractures du maxillaire inférieur.

Dans les fractures composées et compliquées de la mâchoire inférieure, en particulier lorsqu'elles sont produites par un coup de feu, les sécrétions buccales et glanduleuses deviennent très-abondantes, et, si elles sont avalées, peuvent donner lieu à un état typhoïde qui s'aggrave peu à peu, et qui, si les malades ne sont pas soulagés, occasionne la mort. Dans le but de prévenir cela, grande attention doit être donnée à nettoyer souvent la bouche par des lavages avec le chlorure de Labarraque et du miel. Les abcès doivent être ouverts promptement, les malades soutenus avec les préparations de quina, de fer, opium et stimulants alcooliques (1).

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

— **M. LETENNEUR** adresse à M. le président la fin de l'observation de *plaie du cou* dont il a récemment entretenu la Société.

Le 15 septembre, le malade se lève sans permission, se promène dans la maison ; mais bientôt il se sent faiblir, pâlit et est obligé de se coucher pour éviter une syncope.

Le 16, purgatif léger pour combattre la constipation, les efforts de défécation ont été extrêmement violents et douloureux, malgré un lavement émollient. Ces efforts sont suivis d'un état syncopal, et immédiatement après, le malade, en mettant la main sur son cou, trouve que le frémissement vibratoire a beaucoup augmenté, ce qui est constaté aussi par son père.

Le lendemain 17, à ma visite, on me fait part de ce qui s'est passé et j'examine le malade avec le plus grand soin.

(1) *Gross. System of Surgery*. 1 vol., p. 896. Philadelphie, 1864, 3me édit.

L'état général est toujours bon, quoiqu'il y ait moins de gaieté et d'assurance que les jours précédents.

La cicatrice de la peau est rosée sans adhérence au muscle; le muscle lui-même, quoiqu'un peu tuméfié au niveau de la blessure, est mobile sur les parties profondes.

La dépression sus-claviculaire est plus marquée que dans les premiers jours et à peu près aussi profonde que du côté sain.

Le frémissement vibratoire a beaucoup augmenté, il s'étend en avant et au-dessus de la plaie; il se prolonge peut-être moins en arrière.

A l'auscultation, je trouve le souffle continu saccadé plus intense, il remplit l'oreille, il remonte le long de la jugulaire jusqu'au niveau de la bifurcation de la carotide, il s'entend en dehors sous la clavicule, dans la direction de l'aisselle, où il est bien plus fort qu'au haut du cou; en outre, on le sent *toujours très-fort* sous l'extrémité interne de la clavicule et sous la moitié supérieure du sternum, jusque dans l'oreillette droite; on n'en trouve plus de traces vers la pointe du cœur ni dans le côté gauche de cet organe.

Le pouls radial est un peu plus faible à droite qu'à gauche. Cette différence n'était pas assez sensible jusqu'ici pour mériter d'être notée; le pouls est régulier, 75 puls.

Pas de douleur de tête, pas de chaleur dans la poitrine, pas de gêne dans la respiration.

Le malade n'*entend* pas le frémissement vibratoire.

L'engourdissement du bras et de la main diminue; il persiste encore dans le petit doig et le côté interne de l'annulaire; le malade a essayé d'écrire, mais sa main tremble et manque d'assurance.

Le 18, les symptômes observés la veille se sont bien atténués et ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'ils étaient avant les efforts de défécation.

Je conduis ce jour-là MM. Velpeau et Longet près de mon malade qu'ils ont examiné avec intérêt.

M. Longet me fait observer que la main droite est plus froide que l'autre, ce que je constate moi-même.

M. Velpeau autorise le malade à cesser l'usage de la glace et à se lever; cet avis est accueilli avec empressement.

Le 21, le malade fait sa première sortie et prolonge chaque jour ses promenades de plus en plus.

Les mouvements du cou sont devenus assez faciles, sauf l'extension.

L'engourdissement des deux derniers doigts n'existe pour ainsi dire plus.

Les signes de phlébartérie tendent à diminuer ; cependant le thrill s'entend toujours très-fort sous la cicatrice, particulièrement en arrière sous le faisceau postérieur du sterno-mastoïdien ; il retentit toujours dans la voine jugulaire et dans la sous-clavière, et on le retrouve dans la veine cave supérieure.

Il n'existe pas de tumeur circonscrite, pas même de tuméfaction appréciable dans les parties profondes du cou.

La guérison peut donc être considérée comme définitive avec la persistance d'une phlébartérie.

L'accident avait eu lieu le 1er septembre, et le 21 le malade a pu faire à pied sa première promenade.

DISCUSSION.

Fracture du maxillaire inférieur.

M. MARJOLIN. Dans trois ou quatre cas de fractures compliquées du maxillaire inférieur, j'ai été frappé de l'importance des accidents concomitants. Ils ont été surtout prononcés chez une jeune fille que j'ai récemment observée, l'abattement et la diarrhée n'ont cessé que lorsque la suppuration a diminué. Aucun de mes malades n'a succombé, j'ai employé les lavages répétés et le chlorate de potasse. L'appareil en gutta-percha de notre regretté collègue, Morel Lavallée, a beaucoup contribué à améliorer la situation. Il est nécessaire de l'enlever et de le laver avec soin au moins tous les deux jours, sans quoi l'appareil lui-même deviendrait un foyer d'infection. J'ai observé des faits analogues dans les nécroses du maxillaire si communes chez les enfants.

M. TRÉLAT. Dans son intéressante communication, M. Richet a eu pour but de montrer que des fractures dites simples du maxillaire inférieur pouvaient donner lieu à de très-graves accidents, et il a voulu étudier et mettre en lumière ces accidents eux-mêmes. Je ne suis pas convaincu, au point de vue des accidents, de la légitimité de la distinction établie par M. Richet entre les fractures qu'il étudie et celles que l'on est convenu d'appeler compliquées. Les accidents qu'il nous signale ont attiré l'attention de plusieurs auteurs, on les trouve indiqués sinon dans les traités didactiques, du moins dans plusieurs mémoires : Ainsi, dans un mémoire de M. Bouisson, publié dans son tribut à la chirurgie, dans un travail de M. Neucourt inséré dans le journal de M. Malgaigne. J'ai moi-même soigné trois cas analogues; il y a eu des accidents, mais aucune menace de mort. Ce que M. Marjolin vient de nous dire témoigne dans le même sens. Je ne viens pas dire que les malades de M. Richet ne sont pas morts sous l'influence de la cause qu'il nous a indiquée, je crois seulement qu'un semblable dénoûment est rare.

J'ai recherché autrefois, à propos de la nécrose phosphorée, si la sécrétion très-abondante qui l'accompagne ne pouvait pas déterminer des accidents graves. Après avoir étudié un grand nombre de faits, je suis arrivé à être convaincu que jamais la mort n'avait pu être attribuée à cette cause. Parmi les auteurs, Lorinser seul accepte cette manière de voir, mais elle concorde tellement avec ses opinions sur la nécrose phosphorée, qu'il considère comme le résultat d'un empoisonnement, qu'on ne peut voir dans son assertion que l'expression d'une opinion toute personnelle.

M. LARREY. Je crois que M. Richet a eu grandement raison d'établir une distinction entre les fractures dites simples et celles que l'on est convenu d'appeler compliquées. Dans celles-ci il y a souvent des accidents de suppuration qui n'amènent pas d'intoxications. Il resterait à dépouiller les observations de fractures dites simples, à savoir si les accidents toxiques signalés par notre collègue ont été fréquemment observés, et quelle est leur valeur.

M. RICHET. Je suis très-heureux d'entendre M. Larrey ramener la question sur son véritable terrain. Plusieurs auteurs ont, en effet, étudié les accidents qui peuvent survenir dans les fractures compliquées du maxillaire. Dupuytren a même proposé d'inciser la région sus-hyoïdienne pour faire une contre-ouverture permettant l'issue des liquides à l'extérieur et de reséquer les extrémités des fragments osseux. Je n'ai pas voulu parler de ces cas, mais de ceux où les téguments sont restés intacts, où la fracture, quoique simple, communique avec la cavité buccale. J'y ai vu un danger qui résulte sans nul doute de la déglutition de matériaux putrides, et, sans préjuger de la nature des accidents qui surviennent, j'ai pensé qu'un traitement efficace pouvait être institué. Je ne puis m'empêcher de croire à leur gravité, car dans le relevé de M. Malgaigne j'ai trouvé quatre morts sur vingt-sept cas, j'ai pour mon compte vu mourir quatre malades sur dix, quelles sont les fractures simples qui donnent de semblables résultats? J'ai voulu m'enquérir de la cause d'une mortalité si exceptionnelle et chercher le moyen de parer à de semblables éventualités; ce sont les points que j'ai développés dans ma communication.

RAPPORT.

Résection traumatique du genou, par M. Dauvé, médecin-major à l'hôpital de Boghar (Algérie).

M. VERNEUIL. A l'époque même où nous commencions sur les plaies du genou une discussion qui certainement ne sera point stérile, un de nos confrères de l'armée, dont je vous signalais tout récemment le zèle scientifique, recueillait pour nous l'adresser un fait important

qui se rapporte à la fois et au débat actuellement pendant et à la question de la résection du genou que nous agitions l'an dernier.

La double blessure dont fut atteint le sujet de l'observation et l'adjonction d'une des plus grandes opérations de ce chirurgien rendent difficile dans ce fait complexe l'appréciation exacte des causes de la mort. Cependant l'analyse rigoureuse des circonstances du récit semble prouver que des trois traumatiques, c'est le plus léger en apparence qui a emporté le blessé et que sans lui la résection du genou compterait un succès de plus.

Puisse ce nouvel insuccès d'une opération éminemment conservatrice ne point décourager les praticiens et les engager au contraire à imiter la conduite de notre confrère qui a su, dans un cas si épineux, mettre à profit toutes les ressources de l'art moderne.

Lésions traumatiques des deux genoux par coups de feu. — Articulation fémoro-tibiale gauche ouverte et broyée. — Résection du genou. — Intégrité de l'articulation fémoro-tibiale droite. — Plaie osseuse du condyle interne fémoral. — Conservation du membre. — Mort dix-huit jours après l'opération par suite de suppuration abondante de la cuisse droite, et quand déjà la cicatrisation de la plaie du genou gauche était fort avancée.

Les résections du genou pour lésions traumatiques sont trop rares pour qu'il soit permis au chirurgien qui a tenté cette opération de se taire sur ses résultats, quand même ils seraient malheureux.

Forcé, presque malgré moi, de goûter à ce fruit défendu, comme l'a dit M. Legouest (1), j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société de chirurgie l'histoire de mon malade et celle de l'opération qu'il a subie.

Le 26 juillet dernier, à sept heures du soir, on amène à l'hôpital de Boghar un jeune Arabe qui, dans la nuit précédente, essayant de voler des moutons dans un douar, a reçu un coup de feu à chaque genou. Cet Arabe a près de vingt ans; d'un tempérament sec, il semble peu intelligent et ne vient à l'hôpital qu'avec répugnance. Il veut à peine se laisser examiner et écarte d'abord toute idée d'opération.

Au côté interne du genou droit et à deux centimètres au-dessus et en dedans de la rotule, ouverture d'entrée laissant pénétrer le doigt; ouverture de sortie à dix centimètres plus haut en dedans et en arrière. Le doigt, introduit dans la plaie, sent deux esquilles peu volumineuses et peu adhérentes, que j'arrache immédiatement avec une

(1) Société de chirurgie, séance du 10 mai 1864.

pince, et qui appartiennent à la partie la plus élevée de la face interne du condyle fémoral interne. En ce point, le trajet de la blessure présente un coude dont l'angle s'appuie sur l'os et sur les tendons des muscles de la patte d'oie. Malgré le voisinage de la capsule, tout fait croire à l'intégrité de l'articulation qui est couverte, ainsi que la cuisse, de compresses d'eau froide.

Le genou gauche présente des lésions beaucoup plus graves : ouverture d'entrée au côté interne et inférieur de la rotule; plaie longue de quatre centimètres, à bords contus; ouverture de sortie plus large et à bords déchirés, à cinq centimètres plus haut et sur le trajet du demi-tendineux. Le doigt, introduit dans la plaie d'entrée, pénètre dans l'articulation largement ouverte. Le condyle interne du fémur, brisé en éclats, est repoussé en haut et en arrière. Le genou est gonflé. Les plaies, sèches et noires, ne suppurent pas encore.

C'était là le cas de pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse gauche, et d'attendre pour la droite que la période inflammatoire vînt me prouver que l'articulation fémoro-tibiale droite était ou n'était pas ouverte. Cette conduite ne s'écartait pas des indications classiques. Mais, au mot d'amputation, le malade poussa des cris furieux et voulut quitter l'hôpital. Je proposai alors la résection du genou, qui fut acceptée, quoique avec répugnance, et pratiquée le lendemain matin 27, avec l'aide de M. le pharmacien Verrier, pour le chloroforme, et de M. Georgeon, mon aide-major.

Je choisis le procédé Moreau, qui me permettait d'utiliser la plaie d'entrée et me donnait plus d'espace pour extraire le condyle interne et les nombreuses esquilles éparses dans le trajet de la blessure. Le condyle tenait au tendon du troisième adducteur, et toutes les esquilles adhérant aux tissus fibreux périarticulaires durent être disséquées avec le plus grand soin jusque sur le trajet de l'artère poplitée, qui n'avait pas été touchée. Je sciai à peu près les deux tiers des condyles fémoraux, dans une direction légèrement oblique de dehors en dedans, afin de ménager une plus large surface. Je sciai dans la même direction la lamelle cartilagineuse du tibia recouverte de ses ligaments, et j'eus soin de ménager toutes les attaches des muscles de la cuisse au péroné et au tibia. La moitié supérieure de la patte d'oie avait été coupée par la balle. Il y avait déjà un commencement de synovite. Tous les tissus du creux poplité étaient sains. J'enlevai la rotule qui gênait la coaptation exacte des fragments et produisait trop d'écartement dans les incisions latérales. Je réunis l'incision transversale sus-rotulienne par quatre points de suture. Une mèche est passée dans le trajet de la blessure primitive. Les incisions latérales, maintenues béantes, sont pansées simplement : linge cératé, charpie

imbibée d'alcool camphré et couche d'ouate pour recouvrir le tout.

Dans la nuit, j'avais fait fabriquer assez grossièrement une boîte de Baudens, dans laquelle je plaçai la cuisse et la jambe gauche, après avoir, au moyen de lacs, de coussins et de compresses, rapproché et maintenu les fragments dans une position convenable.

Le fragment fémoral tendait à se déplacer en haut et en dehors, et la cuisse se plaçait naturellement dans l'abduction.

Le 28 juillet, le malade n'accuse de douleurs vives que dans la cuisse droite. Un pus séreux et noirâtre sort par les deux plaies, un clapier se forme à la partie interne du creux poplité; je fais là une contre-ouverture, et je passe un drain dans la plaie. L'opéré boit avec plaisir du lait et du café.

Le 29 (jambe gauche), je lève le pansement; il y a un peu de pus, mais de bonne nature, le fragment fémoral s'est porté en haut et en dehors; je rétablis la coaptation en resserrant les lacs et en ajoutant compresses et coussins.

(Jambe droite.) La suppuration devient abondante et fétide; je fais dans le drain des injections d'eau aiguisée d'alcoolé de coaltar, et je badigeonne la cuisse d'onguent mercuriel recouvert d'un large cataplasme. Il n'y a ni gonflement ni douleur dans le genou.

Le 30, le malade demande à manger. Il a peu de fièvre, ne veut plus supporter la position couchée, et demande sa sortie de l'hôpital. Il a déchiré les pièces de pansement et brisé son appareil.

Malgré le déplacement des fragments osseux, le pus est de bonne nature, et la réunion de la plaie transversale commence à s'établir. Je place le membre dans une nouvelle boîte moins large, et je coule du plâtre sur la jambe et la cuisse, en ayant soin de laisser le genou à découvert. Les infirmiers n'ont pas plutôt quitté le lit du malade qu'il brise de nouveau son appareil et fait éclater le plâtre qui, de mauvaise qualité, est long à durcir. Le lendemain, je coule de nouveau du plâtre autour d'une armature en fil de fer qui doit en augmenter la solidité. L'appareil est encore une fois brisé.

Malgré ces accès de fureur qui arrivent surtout pendant la nuit, notre Arabe a peu de fièvre. Il mange la demi-portion. La plaie de la résection bourgeonne de tous côtés, et tout me fait espérer un succès. Mais un décollement énorme se produit dans le membre droit, je fais une large contre-ouverture à la partie postérieure de la cuisse et tout près de l'ischion. Le doigt, introduit dans l'ouverture d'entrée, constate une dénudation assez étendue de la partie postérieure de la diaphyse fémorale. La suppuration est extrêmement abondante et l'amaigrissement sensible. Tous les muscles de la région postéro-interne de la cuisse sont disséqués par la suppuration.

Pour lutter contre la mauvaise volonté, ou plutôt la bestialité du malade, et contre les déplacements continuels qui en résultent, j'essaye, mais inutilement, plusieurs espèces de bandages. Je n'ai dans mon arsenal qu'une seule gouttière en fil de fer, de 40 centimètres de longueur; j'en fais la carcasse d'un bandage dextriné, semblable à celui de M. Verneuil pour la coxalgie. Caleçon ouaté, attelles en carton mouillé, gouttière placée sous le genou, bandage dextriné, appliqué du talon à la ceinture sur un homme de même taille ; le tout coupé sur la ligne antérieure après dessiccation et glissé sous le membre droit et le bassin de mon blessé. Ce bandage a pu résister enfin à tous les mouvements violents. Des lacs attachés aux barreaux de fil de fer de la gouttière, des compresses placées en dehors du fémur et en dedans du tibia, ont pu, pendant huit jours, maintenir une coaptation exacte. Les pansements à l'alcoolé, soit de coaltar, soit de quinquina, se font par la porte fémoro-tibiale du bandage et à travers le grillage de la gouttière. Les bourgeons charnus sont abondants; pour les régulariser en même temps que pour activer la cicatrisation, j'ai plusieurs fois recours aux cautérisations avec le nitrate d'argent.

La suppuration de la cuisse droite est toujours abondante, mais de bonne nature. Vers le 10 août, elle diminue, et l'appétit du malade augmente.

Le 11, l'amélioration continue, et le blessé se croit suffisamment guéri pour quitter l'hôpital. Sur mon refus, il arrache les pièces des deux pansements et demande une arme pour se tuer. Je me vois forcé de lui lier les mains aux barreaux du lit.

Malgré l'extrême maigreur de mon opéré, je me croyais en droit d'annoncer déjà sa guérison prochaine, et toutes les personnes qui suivaient ma visite partageaient mon opinion, quand, le 13 août, à la visite du matin, je trouvai notre homme dans un état désespéré. Pendant la nuit, il s'était soulevé dans son lit pour détacher ses mains et pour arracher le membre gauche de l'appareil. Le fémur était cette fois fortement rejeté en dedans, et des déchirures nombreuses se montraient sur les points déjà cicatrisés. La suppuration de la cuisse droite s'était presque tarie, et je ne pus faire couler à la pression qu'un peu de sanie fétide et noirâtre. A partir de ce moment, l'opéré ne voulut rien prendre et s'éteignit dans la soirée, dix-huit jours après la blessure et dix-sept jours après l'opération, sans qu'on pût trouver, à cette mort si subite, d'autre cause que la consomption amenée par une suppuration abondante et les mouvements intempestifs imprimés aux membres malades.

Le lendemain, je dissèque le trajet de la blessure de la cuisse droite. L'articulation du genou n'était pas intéressée. Le condyle interne du

fémur présentait un sillon traumatique de deux centimètres de longueur sur deux millimètres de profondeur, mais sans fracture; la partie postéro-interne de l'extrémité de la diaphyse fémorale était noire et privée de son périoste; tous les interstices musculaires de la région interne étaient remplis de sanie noirâtre et gangréneuse. Du côté gauche, la plaie de l'opération était en pleine voie de cicatrisation. Pas de décollement, pas de foyers purulents autour des fragments osseux. La teinte générale des tissus et même des coupes osseuses était d'une belle couleur rose. La plaie transversale était réunie et adhérait aux os, les plaies latérales étaient sensiblement rétrécies.

Réflexions. — En présence de semblables lésions, quelle conduite le chirurgien devait-il tenir?

Pour le membre droit, devant l'intégrité de l'articulation, il fallait, à coup sûr, attendre. On devait se contenter d'explorer la plaie, d'extraire les corps étrangers, d'enlever les esquilles, et de fournir au pus de larges contre-ouvertures dans les points déclives, pour éviter les phlegmons et les décollements. Ce traitement fut exactement suivi.

Pour le membre gauche, il n'y avait pas à hésiter, il fallait opérer immédiatement; mais quelle opération choisir, de l'amputation de la cuisse ou de la résection du genou?

L'amputation de la cuisse au tiers inférieur offre une plaie moins large que la résection; elle donne moins de pus, elle guérit plus vite, quand elle guérit. Elle nécessite des soins moins minutieux, des appareils moins compliqués; mais, en revanche, elle constitue une mutilation si fâcheuse que l'indigène, qui n'est pas au service de l'Etat et n'a pas de secours à en attendre, préfère souvent la mort à l'état de misère dans lequel le place l'impossibilité de pourvoir à sa subsistance.

J'étais certain que le membre droit, avec sa lésion osseuse, me fournirait une abondante suppuration, et je devais, pour cette raison, choisir pour l'autre membre une opération qui mît moins de temps à guérir et qui fournît moins de pus. D'ailleurs, en choisissant l'amputation, je suivais les préceptes énoncés à la Société de chirurgie (mai 1864) par mes maîtres en chirurgie d'armée, MM. Larrey et Legouest.

Mais, devant le refus absolu du malade, il fallait renoncer à l'amputation, et, comme l'indication était d'agir immédiatement, je dus avoir recours à la résection.

La lésion du membre droit était la seule contre-indication; car, du reste, mon malade était jeune, de bonne constitution, placé dans un des hôpitaux les plus salubres de l'Algérie, et pouvant recevoir de ses coreligionnaires et de l'hôpital les aliments qui lui plaisaient. La

blessure osseuse ne remontait pas trop haut; les vaisseaux et nerfs poplités, les téguments postérieurs de l'articulation, avaient été respectés. Autant de raisons qui autorisaient la résection, opération grave sans doute, mais du moins excusable dans le cas présent et surtout depuis les deux succès obtenus par M. Verneuil dans des circonstances comparables.

Voilà encore un fait malheureux. Mais doit-il s'ajouter aux six faits déjà connus de résections traumatiques du genou suivies de mort, et grossir le nombre des contre-indications à cette opération? Je ne le pense pas, car la mort de mon opéré ne saurait être entièrement attribuée aux suites de la résection. C'est sur les circonstances fâcheuses de double lésion et sur l'indocilité du malade qu'il faut rejeter une bonne part de cet insuccès.

Mais de combien de soins minutieux n'a-t-il pas fallu entourer ce malade, pour satisfaire à tous ses besoins, et pour obvier aux déplacements osseux continuels ! Quels pansements longs et multipliés qui, toujours faits par moi-même, ne duraient pas moins d'une heure chaque matin !

Aussi croyons-nous qu'on ne devra jamais tenter cette opération, anatomiquement reconnue possible, que chez un homme jeune et robuste, et dans un hôpital sédentaire où le nombre des blessés graves ne sera pas trop considérable. Mais dans les ambulances actives, chez des hommes épuisés par les fatigues de la campagne, chez ces quasi scorbutiques que nous rencontrons si souvent dans les colonnes expéditionnaires, l'amputation sera toujours la règle, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles. Les appareils contentifs nécessaires, les moyens de transport convenables, et même le personnel médical, feront toujours défaut, surtout pendant la durée des évacuations du camp à l'hôpital le plus voisin.

RAPPORT.

Quoique le malade soit une unité indécomposable, il y a en réalité, dans le fait que je vais commenter, deux observations distinctes : chacune des deux blessures était de nature à amener une terminaison fatale, chacune d'elle a présenté sa marche propre; permettez-moi donc de scinder le fait pour rendre plus évidente la démonstration que je poursuis.

Un jeune Arabe reçoit un coup de feu dans l'articulation du genou gauche. On constate des désordres irrémédiables et incompatibles avec tout espoir de conservation du membre. Le condyle interne est brisé en éclats et la jointure largement ouverte. Le blessé refuse

absolument l'amputation, mais finit par accepter la résection, qui est pratiquée le lendemain, trente-six heures environ après l'accident, par le procédé de Moreau. On enlève la rotule, on respecte toutes les attaches des muscles de la cuisse au tibia et au périné, et on se contente de réunir la plaie transversale, les plaies latérales restant béantes. Le membre est placé dans une boîte Baudens.

L'indocilité excessive du malade devient pour le chirurgien une source d'embarras incessants; à chaque instant les pièces de l'appareil sont dérangées pendant des accès de fureur qui ne sont point dus à la fièvre; et comme, d'un autre côté, les os de la cuisse et de la jambe ont une tendance constante à se déplacer, la contention exige des efforts sans cesse renouvelés qui rendent les pansements on ne peut plus laborieux. Malgré tout, la plaie de la résection marche à merveille; la fièvre presque nulle et l'appétit bon. Ces conditions favorables s'observent jusqu'au seizième jour; des symptômes généraux très-graves apparaissent alors et enlèvent rapidement le malade au dix-huitième jour de la blessure, alors que la guérison paraissait très-probable.

L'examen anatomique du genou réséqué est des plus satisfaisants. La plaie opératoire était en pleine voie de cicatrisation; il est donc presque certain qu'elle n'a pas été le point de départ des accidents.

Il n'en est pas de même pour l'autre membre, un coup de feu avait atteint la région du genou droit. La balle avait frappé le condyle interne sans ouvrir la jointure. On extrait quelques esquilles, puis l'articulation est recouverte de compresses imbibées d'eau fraîche; dès le lendemain la plaie est douloureuse et fournit un pus séreux et noirâtre, un clapier se forme à la partie interne du creux poplité. On fait une contre-ouverture et l'on place un drain; la suppuration très-abondante devient fétide, des injections sont pratiquées; la cuisse est recouverte d'onguent mercuriel et de cataplasmes.

En dépit de tous ces soins, un décollement énorme survient et dissèque tous les muscles de la région postéro-interne de la cuisse. Une large contre-ouverture est pratiquée en haut et en arrière près de l'ischion.

Pendant un moment l'orage paraît so calmer de ce côté, la suppuration, quoique abondante, est de bonne nature, elle diminue même vers le 10 août; mais les accidents généraux surviennent et la mort arrive. A l'autopsie on constate l'intégrité du genou; le condyle interne n'était pas brisé, la balle y avait seulement creusé un sillon superficiel long de 2 centimètres. L'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur était noire et privée de son périoste.

En comparant la marche de ces deux blessures et l'état anatomique

des parties révélé par l'autopsie, il devient évident que les accidents ont pris leur origine à droite, qu'il y a eu de ce côté phlegmon diffus profond et périostite aiguë, et que la place de la résection est restée étrangère à l'issue fatale. Cette grande opération avait donc réduit le traumatisme du genou gauche à son minimum de gravité.

Il est à regretter que l'autopsie n'ait pas été plus complète. Sans doute l'examen des veines des deux membres et des cavités splanchniques auraient appris à quelle complication le blessé avait succombé. Quoi qu'il en soit, on peut dire que notre confrère a bien fait de reséquer le genou gauche, que l'amputation immédiate de la cuisse de ce côté n'aurait pas été plus avantageuse, et qu'en résumé, ce fait dégagé de tout ce qui l'obscurcit est favorable à la résection pour les coups de feu du genou.

M. Dauvé nous dit qu'il a eu une peine infinie à maintenir les os reséqués, et que ce traitement lui a coûté un temps considérable, au moins une heure par jour. Il en conclut que cette seule circonstance s'oppose à ce que la résection entre de plain pied dans la chirurgie militaire, où le temps est si précieux à cause du grand nombre de blessés qui réclament des soins dans le même moment.

Ce sont là des points secondaires sur lesquels je ne veux pas insister, car l'opportunité des grandes résections en campagne a été discutée longuement déjà l'an dernier. Je veux seulement faire remarquer que l'indocilité des malades, poussée au point où notre confrère l'a observée, est chose rare, et que d'après ma seule expérience, le traitement consécutif des résections du genou est ordinairement beaucoup plus simple. En supposant que le blessé ait accepté d'abord l'amputation de la cuisse, qui sait si, dans ses accès de fureur, il eût respecté davantage l'appareil de pansement, s'il n'eût point arraché les ligatures, détruit la réunion? etc. Il y aurait également lieu d'examiner si le mode opératoire mis en usage n'a pas joué son rôle dans la tendance qu'avaient les fragments à se déplacer sans cesse, et ici je fais allusion surtout à la conservation trop complète des insertions aux os de la jambe des muscles de la cuisse. Mais l'examen approfondi de toutes ces questions m'entraînerait trop loin, je me contente d'invoquer ce fait important comme preuve : 1° de l'extrême gravité des plaies de la région du genou en l'absence même de lésions de la séreuse; 2° des avantages de la résection quand elle est anatomiquement praticable et que les conditions hygiéniques sont favorables.

J'ai donc l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. Dauvé, et de renvoyer son observation à notre *Bulletin*.

COMMUNICATIONS.

Plaies pénétrantes du genou.

M. VERNEUIL communique plusieurs observations de plaies pénétrantes du genou, qui lui ont été adressées par M. Parise (de Lille).

Notre correspondant a adressé à la Société plusieurs observations suivies de remarques sur le sujet actuel de la discussion. Les faits ne sont pas choisis, ils représentent toute l'expérience de l'auteur. La variété des lésions et des moyens employés donne un grand intérêt à cette série, toute restreinte qu'elle soit. Quant aux réflexions, elles sont à la hauteur de tout ce qui émane de la plume de notre savant collègue.

Obs. I. *Plaie par instrument tranchant de l'articulation du genou gauche. Suppuration de la jointure. Guérison complète.* — Un bûcheron, âgé de quarante-neuf ans, bien constitué et bien portant, voulant abattre une branche d'un coup de serpe, s'enfonça la pointe de cet instrument dans l'articulation du genou. La plaie, presque longitudinale, longue de deux centimètres au moins, était située au côté antérieur et interne de l'articulation, à deux centimètres en dedans du ligament rotulien. Le blessé remplit cette plaie avec un tampon de toiles d'araignées, la banda avec son mouchoir et regagna son domicile, situé à plus d'un kilomètre. Le chirurgien, appelé, conseilla des applications émollientes et le repos. Des accidents inflammatoires s'étant développés du côté du genou, le blessé fut dirigé sur l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, où il entra le huitième jour de sa blessure.

Le genou était tuméfié modérément, ainsi que la cuisse et la jambe; la plaie offrait un aspect curieux : ses bords boursouflés, renversés en dehors, formaient un énorme bourgeon charnu, du volume d'un œuf de pigeon, aplati, percé au milieu d'un orifice par lequel on pouvait faire sortir, par quelques pressions, une abondante quantité de pus mêlé de synovie filante. La douleur du genou était assez vive, mais très-tolérable. La fièvre était aussi très-modérée, et le malade se disait être beaucoup mieux que les jours précédents.

Ne voyant aucun danger imminent, je me bornai aux moyens les plus simples; le membre fut placé sur un coussin dans une très-légère flexion, et le genou fut couvert de fomentations émollientes, et j'attendis, tout en portant un pronostic très-réservé.

Mais, heureusement, mes craintes ne tardèrent pas à se dissiper, la plaie continua à donner une suppuration très-abondante pendant huit jours; puis celle-ci diminua de quantité, en même temps qu'elle devint plus visqueuse, plus filante, puis elle fut remplacée par de la synovie

presque pure. Le gonflement diminua lentement; les bords de la plaie s'affaissèrent, et celle-ci se ferma seule sans autre traitement que celui que j'ai indiqué. Je fis alors exécuter quelques mouvements à la jointure. Et bientôt le blessé put sortir de l'hôpital, marchant assez bien.

Six mois après sa sortie, je revis ce blessé atteint alors d'un cancer du rectum, et je pus m'assurer que le genou gauche était revenu à son état normal. Il n'y avait aucune douleur; les mouvements étaient aussi étendus que ceux du côté droit, la cicatrice était linéaire et peu visible.

Il est extrêmement probable qu'il s'agissait ici d'une plaie simple, et que les os ni les cartilages n'avaient été atteints par l'instrument vulnérant. Il eût été fort intéressant de s'assurer de l'état anatomique de la jointure après la mort de ce blessé, laquelle eut lieu dix mois environ après sa sortie de l'hôpital; mais les démarches que je fis dans ce but furent sans succès.

Que dire du traitement? Qu'il fut des plus simples; que la guérison doit être attribuée aux efforts de la nature; que celle-ci eut à lutter non-seulement contre le mal, mais aussi contre le traitement, car il faut se rappeler que le blessé s'empressa de bourrer sa plaie avec un tampon de toiles d'araignées. Faudrait-il en conclure qu'il vaudrait mieux maintenir ouvertes les plaies articulaires que de les réunir? Il paraît certain que l'écoulement facile du pus, à mesure qu'il se formait dans l'articulation, a été une condition des plus favorables. Mais je n'en veux tirer que cette conclusion : Qu'il faut donner une libre issue au pus dès qu'on en constate la présence dans l'articulation blessée.

Obs. II. *Plaie par instrument tranchant du genou. Arthrite purulente. Mort.* — Un jardinier, âgé de soixante-sept ans, habitant le village de Montacan, près de Lille, fut blessé au genou gauche par la pointe recourbée d'une serpette fixée à l'extrémité d'une perche servant de manche. Cet instrument était appliqué contre un mur lorsqu'il glissa, en décrivant un grand arc de cercle autour de l'extrémité de son manche, appuyé sur le sol, et vint frapper le côté externe du genou, à peu de distance du bord externe de la rotule, sur le condyle fémoral correspondant. Son médecin, appelé immédiatement, plaça le membre dans l'extension, réunit la plaie par des bandelettes agglutinatives, et fit couvrir le genou de linges continuellement imbibés d'eau froide. Cependant les accidents se développèrent. Appelé en consultation le sixième jour, je constatai que la plaie, longue de deux centimètres, livrait passage à du pus mêlé de synovie provenant de l'articulation; un stylet pénétrait sous la rotule et sentait un point osseux dénudé sur la face exerne du condyle externe du fémur, indi-

quant que l'instrument vulnérant avait légèrement entamé cet os. Le genou, la jambe et la cuisse étaient tuméfiés et douloureux à la pression. Une fièvre assez forte durait depuis quatre jours; la langue était rouge et chargée d'un enduit brunâtre épais, il n'y avait pas de sommeil. La fièvre avait commencé par un frisson qui ne s'était pas reproduit. En face d'accidents aussi menaçants et eu égard à l'âge avancé du malade, je proposai l'amputation de la cuisse, laquelle fut rejetée. Comme le pus ne sortait pas facilement de l'articulation, j'agrandis la plaie, j'en fis sortir une grande quantité de liquide purulent et rougeâtre, puis je lavai l'intérieur de l'article par des injections d'eau aiguisées d'eau-de-vie camphrée. Je recommandai de répéter ces injections trois fois par jour, me proposant d'en venir à des incisions multiples si la suppuration fusait sous les muscles de la cuisse. Mais je ne revis plus le blessé; il se mit entre les mains d'un médecin qui promit de le guérir, sans amputation, par la méthode de Raspail. Il ne tarda pas à succomber.

Ce fait se rapproche beaucoup du précédent, il en diffère cependant en ce que la pointe de l'instrument avait entamé le condyle fémoral, en ce que la plaie était moins favorablement située pour permettre l'écoulement facile de la suppuration.

Obs. III. *Extraction d'un corps mobile de l'articulation du genou; suppuration de l'article; amputation. Mort.* — Un gendarme, âgé de trente-quatre ans, entra à l'hôpital militaire de Lille, pour y être débarrassé d'un corps mobile de l'articulation du genou droit. Murville, chirurgien en chef, aidé des deux chirurgiens-professeurs sous ses ordres, Scrive et moi, choisit la méthode de Goyrand. Le corps étranger, bien que très-mobile, ne put être conduit vers les culs-de-sac supérieurs de la capsule; il se présentait toujours en avant et en bas, au-dessus de la tubérosité interne du tibia. Murville tenta donc de l'attaquer par ce point et de le faire glisser sous la peau de la partie supérieure et interne de la jambe. La capsule largement incisée par un ténotome introduit sous la peau, le corps étranger fut poussé dans le tissu cellulaire sous-cutané; mais, malgré des pressions énergiques, il ne put être suffisamment abaissé. Nous reconnûmes alors qu'il devait être retenu par un pédicule résistant, et que la méthode de Goyrand n'était pas applicable dans ce cas. Une incision fut pratiquée sur le corps étranger; son pédicule fut coupé, et il put être enlevé. Il avait le volume d'une amande avec sa coque ligneuse. Il était presque entièrement ossifié; il était enveloppé d'une membrane très-distincte vers son pédicule, lequel était très-résistant. La plaie, longue de deux centimètres au plus, fut réunie avec soin par des bandelettes agglutinatives. Il ne pénétra pas d'air dans la join-

ture, car une pression méthodique fut exercée entre la plaie de la capsule et la plaie cutanée pendant toute la durée de l'opération, avant et après la sortie du corps mobile. Le membre fut immobilisé dans une gouttière; le soir, une saignée fut pratiquée et répétée le lendemain. Malgré ces moyens, l'inflammation envahit la jointure. Dès le cinquième jour, Murville amputa la cuisse. La mort survint cinq ou six jours après.

Je n'assistai pas à l'autopsie; mais j'examinai les deux genoux. Le pédicule du corps articulaire, du volume d'une petite plume d'oie, aplati, fibreux, extrêmement résistant, long de 3 à 4 centimètres, s'insérait à la capsule au côté interne entre le tibia et le ménisque qui le couvre. Le corps mobile, longtemps fixé entre les surfaces articulaires, s'était creusé une loge dans le condyle interne du fémur. En le plaçant dans cette loge, on voyait qu'il la remplissait exactement, disposition qui eût pu faire croire à un observateur inattentif qu'il provenait de la substance même du fémur; si la présence de son pédicule n'eût montré à tous les yeux son origine et son point de départ. Chose curieuse! La même disposition existait du côté gauche, bien que le malade n'eut jamais accusé de douleurs ou de gène dans cette jointure. Mais il faut remarquer que le corps étranger, muni de son pédicule, était logé dans la cavité qu'il s'était creusée dans le condyle fémoral dont il suivait tous les mouvements.

Obs. IV. *Piqûre du genou par une grosse aiguille. — Arthrite. — Mort.* — Un jeune colporteur, âgé de 15 ans, mais peu développé pour son âge et affaibli par la misère, fut apporté à l'hôpital Saint-Sauveur dans mon service, pour une plaie du genou gauche qu'il s'était faite dans les circonstances suivantes. Il avait l'habitude de recoudre lui-même son pantalon troué, au moyen de grosses aiguilles dites *à resarcir*, et quand il avait épuisé le fil dont elles étaient armées, il les laissait implantées dans l'étoffe. Or, il arriva qu'en courant, une de ces aiguilles fixée à la jambe droite du pantalon, s'arc-boutant par sa pointe sur le tibia droit, s'enfonça par sa grosse extrémité dans l'articulation du genou gauche et s'y brisa vers le milieu de sa longueur. Il tomba en poussant des cris de douleur et ne put se relever. On voulut retirer l'aiguille en tirant sur le fil qui sortait par la plaie; mais le fil fut amené seul, l'aiguille resta cachée au fond de la plaie. La pointe de l'aiguille fut retrouvée et apportée avec le blessé à l'hôpital. Deux autres aiguilles, placées comme il a été dit, furent trouvées dans son pantalon. Pendant tout le trajet, le blessé poussa des cris déchirants. Il arriva pendant ma visite du matin et je l'examinai immédiatement.

Le genou, déjà un peu tuméfié, était le siége de douleurs extrême-

ment vives, exaspérées par le moindre mouvement. On voyait à son côté interne la trace de l'entrée de l'aiguille, un peu au-dessous de l'interligne articulaire. Mais on ne sentait pas le corps étranger. Les renseignements précis fournis par le blessé et par les personnes qui l'avaient relevé ne permettaient pas de douter qu'une portion de l'aiguille ne fût restée dans les chairs; et la violence des douleurs provoquées par les moindres mouvements me firent penser qu'elle avait pénétré entre les surfaces articulaires.

Qu'y avait-il à faire? Je n'hésitai pas à aller immédiatement à la recherche de l'aiguille. Le blessé étant chloroformé, je fis sur la piqûre, préalablement explorée avec un stylet mince, lequel ne put pénétrer au delà de la peau, une incision d'un centimètre et demi, presque transversale. J'incisai successivement la peau, le tissu cellulo-graisseux, puis deux ou trois plans de fibres appartenant au ligament latéral interne, ayant soin, chemin faisant, de chercher le corps étranger avec le doigt et avec la pointe d'une aiguille fine. J'allais le poursuivre jusque dans la jointure, mais je le découvris dans l'épaisseur des dernières couches du ligament latéral interne; je pus le saisir par son extrémité brisée et l'amener. La capsule articulaire ne fut pas incisée, mais je pus m'assurer immédiatement par la direction transversale de l'aiguille; et surtout par la sortie de la synovie, qu'elle avait pénétré dans l'articulation. Je réunis avec soin les bords de mon incision par des bandelettes collodionnées, je plaçai le membre dans une gouttière de Bonnet, et je couvris le genou de compresses qui devaient être maintenues toujours mouillées d'eau froide. Potion morphinée, etc.

La douleur cessa promptement après l'opération, et le blessé dormit la nuit suivante. Mais, dès le lendemain, le genou se tuméfia, la fièvre s'alluma. Les jours suivants, la jambe et surtout la cuisse se gonflèrent. Dès le cinquième jour, je fis deux incisions sur les côtés de la rotule, il en sortit une grande quantité de pus sanguinolent. Les accidents généraux n'en furent pas sensiblement modifiés. Deux jours après, je proposai l'amputation de la cuisse; mais le malheureux enfant la repoussa et me supplia de le laisser mourir tranquille. Il mourut en effet le onzième jour.

Une circonstance particulière m'empêcha, à mon grand regret, de faire l'autopsie et de vérifier le mécanisme de la mort. J'avais supposé une infection purulente dont il avait offert les symptômes généraux de la fin, non ceux du début, les frissons notamment. Mais les chirurgiens savent bien qu'il y a une forme d'infection purulente qui ne revêt pas la symptomatologie classique, et que l'on ne reconnaît d'une manière certaine qu'à l'autopsie.

Voici donc une piqûre de la capsule articulaire, comparable à celle qui résulterait d'un coup de trocart, suivie de suppuration de la jointure et d'accidents mortels. Je sais bien qu'il faut tenir compte de la plaie résultant de l'opération; mais si l'on veut bien considérer que cette plaie, peu étendue d'ailleurs, n'a pas atteint la synoviale, n'a pas été pénétrante par elle-même, on admettra avec moi que la piqûre seule a suffi pour provoquer l'arthrite suppurative et toutes ses fâcheuses conséquences.

Vous me demanderez peut-être pourquoi j'ai proposé l'amputation, au lieu de la résection qui, chez un jeune sujet, eût sans doute offert des chances de succès? J'avoue que j'en fus détourné par le résultat d'une opération semblable que j'avais faite quelques mois auparavant dans des conditions favorables. Il s'agissait d'un sujet de seize à dix-sept ans atteint de tumeur blanche tuberculeuse du genou, et qui succomba à la pyohémie.

Tels sont les cas de plaies pénétrantes de l'articulation du genou qu'il m'a été donné d'observer. Je ne crois pas devoir y joindre les cas de tumeur blanche dans lesquels j'ai ouvert l'articulation, soit avec les caustiques, soit avec l'instrument tranchant, car ce sont des faits d'ordre différent, et, chose remarquable, la pénétration dans une articulation malade m'a semblé moins grave que dans une articulation saine.

Quelle conclusion tirer de mes quatre observations? Une seule : que les plaies pénétrantes du genou, même celles qui sont les plus simples, sont très-graves, puisque trois sur quatre ont été mortelles.

Quant à la thérapeutique de ces plaies, je n'aurais à produire que des opinions basées sur le raisonnement, la tradition, le préjugé peut-être, et non sur les faits observés par moi. Je m'abstiendrai donc.

Mais il est une question qui, selon moi, se lie intimement à la thérapeutique des plaies du genou, et qui ne me paraît pas avoir attiré d'une manière spéciale l'attention de mes éminents collègues, je veux parler du mécanisme de la mort dans les plaies pénétrantes du genou. Je serais heureux d'être éclairé sur ce point. On verra peut-être quelque naïveté dans une pareille demande : mais ne sait-on pas qu'une règle de pratique n'est définitivement assise que lorsqu'elle repose sur un base théorique inattaquable.

Or, pour pouvoir prévenir, pour pouvoir combattre les conséquences funestes des blessures du genou, ne serait-il pas convenable de savoir en quoi consistent ces conséquences elles-mêmes?

J'avoue très-humblement, quant à moi, que je ne sais ni *comment*,

ni *pourquoi*, l'arthrite traumatique suppurée du genou est si souvent et si prochainement mortelle.

Le *comment*, c'est-à-dire le *mécanisme* de la mort, n'est pas déterminé. Celle-ci ne peut être expliquée par l'étendue des surfaces suppurantes et moins encore par l'abondance de la suppuration. Faut-il l'attribuer à l'infection putride, à certaines formes de septicémie? J'adopterais volontiers cette explication, si l'on me disait en quoi consiste cette septicémie. Faut-il en accuser l'infection purulente? Cette supposition me paraît la plus probable, bien que je ne l'aie pas vérifiée anatomiquement. J'ai déjà dit que j'avais cru reconnaître l'une des formes de la pyohémie chez deux de mes blessés (Obs. II et IV). J'ajoute que j'ai positivement constaté l'existence de la pyohémie dans deux cas de blessures de l'articulation tibio-tarsienne et dans un cas de plaie de l'articulation du coude.

Maintenant, pourquoi telle plaie du genou, peu grave en apparence, est-elle suivie d'accidents mortels, tandis que telle autre plus compliquée guérit sans difficultés? Je sais bien que ces questions peuvent être posées à propos de presque toutes les grandes blessures ou opérations; je ne veux pas les aborder ici. Je tiens seulement à faire remarquer que nous savons *presque toujours comment et quelquefois pourquoi* nos opérés succombent, et qu'il n'en est pas de même pour nos blessés du genou.

Phlébite du pressoir d'Hérophyle et des sinus latéraux provoquée par un anthrax de la nuque.

M. BROCA. J'ai eu l'occasion de signaler, comme terminaison de l'anthrax de la nuque, l'ouverture du canal vertébral. Je viens d'observer, pour la même maladie, un mode de terminaison non moins curieux. Un malade de mon service, atteint d'un anthrax très-étendu de la nuque, présentait les symptômes de l'infection purulente, un très-grand abattement, mais une parfaite intégrité de l'intelligence; les urines n'étaient pas sucrées.

A l'autopsie j'ai trouvé dans la cavité arachnoïdienne une quantité notable de sérosité, une phlébite suppurée du pressoir d'Hérophyle et des deux sinus latéraux. Il y avait dans ces conduits du pus en nature et la limite de la phébite était marquée par l'arrivée de la veine mastoïdienne de chaque côté.

Pendant la vie, la protubérance occipitale était à nu; sur la coupe que nous avons pratiquée, nous avons pu nous assurer que toutes les cellules osseuses qu'elle renfermo étaient remplies de pus. En pénétrant par l'une d'elles, le stylet s'enfonçait à plusieurs millimètres de

profondeur. Il m'a donc semblé évident que la phlébite s'était propagée par l'un des sinus du diploé.

Il y avait des abcès multiples dans le poumon.

M. TRÉLAT. Le fait peut être rapproché de ceux récemment observés de phlébite faciale propagée aux sinus par la veine ophthalmique, et survenus à l'occasion de furoncles de la face.

M. SALMON. Presque tous les chirurgiens ont observé la terminaison fréquente par la mort de grands anthrax de la nuque et du dos. Elle survient souvent à une époque avancée de la maladie. Il serait fort intéressant de savoir à quoi succombent ces malades. Le fait que vient de signaler M. Broca autorise une médication très-active.

M. LARREY. Je ne puis accepter sans protestation l'opinion de M. Salmon. Les anthrax de la nuque ne sont qu'exceptionnellement suivis de mort. Je crois que ce doit être là le sentiment de la plupart de nos collègues.

M. BROCA. Il y a longtemps que, frappé de la gravité de certains anthrax, j'ai eu la pensée qu'il conviendrait peut-être de se comporter à leur égard comme pour les tumeurs malignes, de les extirper ou de les détruire. Cela deviendra peut-être de la chirurgie rationnelle. Mais si je n'ai pas encore obéi à mon idée, c'est qu'il est bien difficile de prévoir ce que deviendra un anthrax donné. Il n'en est pas moins certain que ceux qui se propagent, se propagent à la fois en profondeur et en surface; l'inflammation qu'ils determinent et la suppuration qui en résulte glissent à travers les couches musculaires, les infiltrent sourdement et arrivent jusqu'aux os. C'est une marche analogue à celle des phlegmons diffus, sauf l'acuité. Ce qu'il y a de mieux à faire est de pratiquer des incisions multiples et profondes, c'est d'enlever chaque jour, jusque dans le vif, les détritus celluleux qui remplissent la cavité de l'anthrax.

M. TRÉLAT. Je partage l'avis de M. Broca relativement à l'incertitude du pronostic au debut de l'anthrax. J'ai pu voir un anthrax volumineux guérir sans incision, il en est qui se limitent; on ne peut donc s'autoriser des faits malheureux pour se tracer une règle invariable de conduite.

M. LARREY. Lorsque l'on pratique l'incision cruciale de l'anthrax, j'ai souvent observé que le coup de bistouri trop timidement donné n'en comprenait pas toute l'épaisseur. C'est là une très-fâcheuse manière de faire à laquelle sont dus beaucoup d'accidents et dont je tiens à signaler les dangers. Il faut inciser largement et profondément.

PRÉSENTATION.

Ostéo-périostite du tibia. — Arthrite suppurée du genou. — Amputation de la cuisse.

M. MARJOLIN. La pièce pathologique que je soumets à l'examen de la Société pourrait prouver, une fois de plus, que le cartilage épiphysaire n'est pas un obstacle à la propagation de l'inflammation développée soit dans l'épiphyse, soit dans la diaphyse; plusieurs fois déjà j'ai eu occasion de présenter à la Société des pièces dans lesquelles il était facile de constater qu'en très-peu de temps l'inflammation avait franchi cette limite. Ma communication aujourd'hui a un autre but, c'est pour démontrer avec quelle rapidité, malgré un traitement actif, bien dirigé, l'ostéo-périostite gagne souvent les articulations voisines, et comment, dans ces cas, il est impossible de songer à la résection, tant les os ont été affectés dans une étendue considérable.

Le 23 août 1865, le nommé Joseph O..., âgé de 14 ans 1/2, très-grand pour son âge, fut amené à l'hôpital Sainte-Eugénie pour un vaste abcès occupant la partie supérieure et interne de la jambe gauche. Au mois de janvier 1865, ce jeune garçon, qui est apprenti dans une fabrique d'instruments de musique, mais qui n'est pas obligé, comme beaucoup d'autres apprentis, de faire de longues courses avec de lourds fardeaux, eut une fièvre typhoïde dont il se rétablit bien. Le 15 août, le jour de la fête, il ne fut pas mouillé avec l'orage, mais le soir il fit un long trajet sur le siége d'une voiture et souffrit de l'impression du froid, en rentrant il éprouva une lassitude extrême, et le lendemain matin il ressentit en se levant une douleur lancinante dans le haut de la jambe ; il garda le repos et on appliqua des cataplasmes sur la région douloureuse; le mal augmentant, il fut amené à l'hôpital. Le 24 août, M. Guéniot, qui était alors chargé du service, reconnut après l'ouverture de l'abcès que la partie supérieure du tibia était dénudée de son périoste. Malgré un soulagement momentané, l'inflammation continua à faire des progrès, et le 1er septembre, lorsque je repris le service, je trouvai le genou très-tuméfié ; il y avait un épanchement considérable, de plus, dans quelques points de la jambe et de la cuisse il y avait des parties atteintes d'érysipèle. Deux ouvertures faites à l'articulation du genou et traversées par un drain semblèrent calmer un peu la douleur; mais, malgré des injections d'eau et de vin de quinquina, la suppuration continua, la fièvre augmenta, le genou commença à se luxer en dedans, les deux membres inférieurs et le scrotum s'infiltrèrent, et le malade s'affaiblissant de plus en plus

sous l'influence de la diarrhée, l'amputation de la cuisse fut décidée. Elle fut pratiquée sous ma direction par M. Petit, interne du service, l'enfant étant chloroformé, et à dater de ce moment tous les symptômes généraux s'amendèrent.

L'examen de la pièce nous a fait voir que tous les cartilages articulaires du fémur et du tibia étaient en grande partie détruits, que toute la portion épiphysaire du fémur était le siége d'une ostéite remontant un peu au-dessus du cartilage épiphysaire; quant au tibia, le cartilage épiphysaire était en partie détruit, plus de 14 centimètres de la diaphyse étaient nécrosés.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. Guyon.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bourguet (d'Aix) adresse à la Société un Mémoire imprimé sur une variété de hernie inguinale rare et peu connue, hernie à sac intra-vaginal ou à double sac, hernie enkystée de la tunique vaginale de A. Cooper;

Et son Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine sur l'uréthrotomie externe.

— M. le docteur Boinet offre à la Société la seconde édition de son *Traité de l'iodothérapie*.

— La Société a reçu en outre :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin médical du nord de la France*, septembre 1865.

— M. le docteur **CABANELLAS**, à propos de la communication de M. Broca, adresse la lettre suivante :

« Cette marche de l'anthrax, si désolante par ses progrès incessants, dont parle M. Broca, m'avait frappé, il y a plus de quinze ans, chez une femme, cuisinière de profession, qui habitait une chambre donnant sur une petite cour d'écurie, rue Boudreau, n° 1.

« Agée de quarante-cinq ans, d'une assez forte constitution, elle mit plus de deux mois à guérir d'un anthrax qui avait envahi succes-

sivement, dans une grande étendue, la partie postérieure du tronc au-dessous des épaules.

« L'année suivante, à la même époque, dans le voisinage de la cicatrice, apparut un nouvel anthrax qui, dès le troisième jour, formait une tumeur de 10 à 12 centimètres de diamètre, et était le siége d'une tension et d'une chaleur si douloureuse que le sommeil était impossible.

« Dans l'espoir de circonscrire et d'abréger les accidents, je me décidai immédiatement à fendre la tumeur par une incision cruciale dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur, et je la cautérisai profondément avec du nitrate acide de mercure.

« La nuit suivante fut très-calme, la marche progressive s'arrêta, l'élimination des eschares se fit rapidement sans souffrance, et la cicatrisation était achevée en peu de jours.

« Telle est la formule que j'ai adoptée depuis pour le traitement de l'anthrax, et j'ai toujours vu les progrès du mal s'arrêter immédiatement après son emploi même chez les glycosuriques. »

— **M. TRÉLAT**, à l'occasion du procès-verbal, donne les détails suivants :

Phlébite consécutive au furoncle et à l'anthrax.

J'avais dit dans notre dernière séance, à propos de la remarquable observation communiquée par M. Broca, que plusieurs observateurs avaient vu et publié des faits analogues. J'ai recherché ces faits, et je demande à la Société de les lui exposer très-succinctement.

En 1859 et 1860, un médecin danois, M. Ch. Trüde, publia sous ce titre : *Cas de mort prompte dans des furoncles du visage,* quelques faits très-remarquables dont le plus caractéristique a été reproduit par notre collègue M. Follin dans son excellent *Traité de pathologie externe* (article FURONCLE).

Un étudiant de vingt et un ans, affaibli par des hémoptysies répétées, eut une éruption furonculeuse, et en dernier lieu un clou à la lèvre supérieure.

Au bout de quatre jours, frissons, céphalalgie, exophthalmie, phénomènes généraux très-graves ; mort onze jours après l'apparition du furoncle.

A l'autopsie, abcès sous le furoncle, phlébite des veines faciale, ophthalmique, des deux sinus caverneux et du sinus coronaire.

M. Blachez ayant publié en 1863, dans la *Gazette hebdomadaire* (p. 716), un cas de phlébite faciale consécutive à une ulcération probablement syphilitique de la lèvre et ayant appelé l'attention des observateurs sur cette affection, M. le docteur Dubreuil, prosecteur à la

Faculté, envoya bientôt au même journal (*Gaz. hebd.*, 1863, p. 764) deux observations sur l'une desquelles notre collègue M. Foucher pourrait donner des détails, puisqu'il a soigné le malade à l'Hôtel-Dieu après le départ de M. Laugier.

C'était un homme de quarante-huit ans, affaibli par la misère et malade depuis un mois. A son entrée à l'hôpital, il avait de petits furoncles multiples à la partie inférieure droite du front, une phlébite des veines fronto-pariétales, un abcès de la tempe et de l'exophthalmie causée par un foyer purulent intra-orbitaire. Des incisions convenables amenèrent l'évacuation des foyers et la déplétion des veines contenant du pus.

Au bout de deux mois, les fonctions générales étaient bonnes, mais le malade restait plongé dans un état de faiblesse et d'apathie.

Le second malade, vu par M. Dubreuil dans le service de M. Jarjavay, était âgé de quarante-cinq ans et sa constitution était bonne. Un furoncle, développé sur l'aile gauche du nez, se compliqua, au bout de quinze jours, d'accidents inflammatoires graves. Le malade entra à l'hôpital. On ouvrit plusieurs collections purulentes situées à la tempe, au front et à la paupière supérieure. Le malade mourut quinze jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouva une nappe de pus sous le cuir chevelu, un abcès dans chaque orbite, une phlébite purulente des veines ophthalmiques et du sinus caverneux et du pus infiltré sous la pie-mère.

Dans une thèse inaugurale subie en mai 1864 (*Sur les furoncles de la face*), M. Nadaud (Pierre-Paul-Louis) a réuni les faits qui précèdent et en a ajouté quelques autres. Tous ne sont pas également probants. Cependant l'observation recueillie dans le service de M. Laugier chez un homme de vingt-deux ans, qui mourut avec une phlébite de la veine ophthalmique, des sinus caverneux, coronaire et basilaire et une méningite purulente, l'un des faits empruntés au Mémoire de M. Fritz sur les rapports du diabète avec les affections inflammatoires et nécrosiques de la peau (*Archives*, 5e série, t. XI, p. 213), enfin une note de M. le docteur Cazin (de Boulogne) relative à un individu qui eut des furoncles multiples de la face et qui succomba à une phlébite des sinus caverneux reconnue à l'autopsie, ces trois faits rentrent bien évidemment dans le cadre de ceux que j'ai précédemment indiqués.

Voilà donc six cas bien incontestables de furoncles de la face qui se sont compliqués de phlébite; il est probable que des recherches plus étendues augmenteraient le nombre de ces cas, sur lesquels d'ailleurs l'attention des chirurgiens a été peu fixée jusqu'ici.

Ces observations offrent une grande analogie avec celle de M. Broca. Le processus morbide est le même et le résultat aussi grave. Une certaine différence mérite d'être signalée, c'est que dans la phlébite faciale l'inflammation des veines est souvent très-précoce. Peu de jours après l'apparition du furoncle, on voit survenir un empâtement rouge et diffus dont la nature est mal appréciée; c'est la phlébite des veinules cutanées qui se propage bientôt et atteint les grosses branches. Cette rapidité d'évolution me semble liée à la différence de disposition anatomique du système veineux à la face et dans d'autres points du corps. La richesse vasculaire de la face, le nombre des plexus veineux fins et superficiels qui entourent la base des lèvres et surtout les ailes du nez favorisent singulièrement le développement rapide de la phlébite.

M. VELPEAU. Il y a évidemment deux classes à faire dans l'histoire des anthrax : la première comprenant les anthrax petits et bénins, la deuxième les anthrax volumineux et malins.

C'est à cause de la confusion de ces deux sortes d'anthrax qu'on a vanté les traitements les plus opposés. En Angleterre, on a préconisé la compression, en Italie on a vanté les cataplasmes émollients comme le meilleur de tous les moyens. Dans les anthrax, tels qu'on les rencontre le plus ordinairement, il y a longtemps que j'ai remarqué que l'incision cruciale était insuffisante. Je préfère une multitude d'incisions (15, 20, 30, 40). En général, ces incisions doivent être faites du centre à la circonférence de la partie malade. Il faut de plus qu'elles dépassent cette circonférence d'au moins deux centimètres et qu'elles comprennent toute l'épaisseur des tissus enflammés. La distance qui les sépare doit être environ de deux centimètres. Il est bien entendu que ce traitement local ne dispense pas des moyens dirigés contre les accidents généraux. Si les malades redoutent beaucoup la douleur, on peut les soumettre aux inhalations d'éther ou de chloroforme, à moins de contre-indications formelles.

Ce traitement local par les *incisions multiples, suffisamment profondes et étendues,* a le plus souvent pour effet d'arrêter la marche envahissante de la maladie. On recouvre ensuite toute la région de cataplasmes un peu épais.

M. BOINET. Il est souvent difficile, dès le début, de savoir si on aura affaire à un anthrax ou à un furoncle. Dans le doute, j'ai l'habitude de badigeonner la moindre rougeur avec la teinture d'iode caustique. J'ai pu, de cette manière, faire avorter quelques anthrax commençants. Dans l'anthrax confirmé, après avoir fait les incisions multiples recommandées par M. Velpeau, je verse sur toutes les surfaces mises à nu de la teinture d'iode caustique dans le but d'éviter

l'absorption purulente et putride en fermant, pour ainsi dire, les orifices veineux. M. Forget m'a dit avoir eu recours au même moyen, et il paraît que M. Nélaton a également adopté cette manière de faire.

M. DEMARQUAY. J'ai appliqué souvent le traitement préconisé par M. Velpeau, et mes malades en ont toujours retiré un grand avantage.

M. FORGET. Mis en demeure d'intervenir dans cette discussion par M. Boinet, je dirai, après avoir vu bon nombre d'anthrax depuis vingt-cinq ans de pratique, ce qui me paraît le mieux convenir pour son traitement. Je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit des incisions, tout le monde est d'accord sur la nécessité de les faire prématurées, profondes et multipliées. Toutefois il y aurait quelque danger à prendre à la lettre le précepte formulé par M. Broca, de hacher la tumeur; on s'exposerait ainsi à avoir des lambeaux étroits et en communication avec les tissus ambiants par une base insuffisante à leur nutrition. Ces lambeaux, venant à se gangrener, laisseraient à nu une large surface où la cicatrisation, devant s'effectuer de toute pièce, exigerait une suppuration abondante et entraînerait une difformité plus grande.

Mais mon intention est de m'occuper plus spécialement de l'anthrax parvenu à sa seconde période, celle de suppuration et de mortification du tissu cellulaire. Je n'ai en vue que les inflammations du derme d'une grande étendue et dont je trouve le prototype dans l'anthrax que j'ai eu à traiter il y a un an environ. Étendu de l'occiput à la septième vertèbre cervicale, allant d'une épaule à l'autre et limité sur les côtés du cou par les muscles mastoïdiens, il offrait un gonflement considérable et donnait au toucher un bruit de crépitation caractéristique de l'infiltration des gaz au sein des tissus suppurés et sphacélés.

En présence de ce vaste foyer de gangrène et d'inflammation, je fis ce que j'avais fait dans des circonstances analogues; convaincu par expérience que souvent la mort des malades dans cette période de la maladie a lieu par intoxication due à la résorption des éléments putrides si nombreux dans l'anthrax, et convaincu, d'autre part, que le meilleur antiputride est la teinture d'iode, comme me l'ont démontré de nombreuses expériences faites avec M. Duroy sur des liquides physiologiques et pathologiques, j'incisai largement et crucialement ce vaste foyer, j'en retirai tous les flocons de tissu cellulaire à l'état de purulence et de sphacèle, puis je baignai toute la surface de teinture iodée.

Tant que des tissus sphacélés sont encore dans la plaie, je renouvelle les lotions iodées; j'ai soin que celle-ci en contienne toujours, et je m'assure de la présence de l'iode en plongeant dans les produits excrétés un linge amidonné qui bleuit à leur contact.

Il est bien entendu que je cesse l'application de la solution iodée

dès que la plaie, débarrassée entièrement des éléments septiques, est en voie de cicatrisation régulière.

Grâce à cette médication, je n'ai pas encore vu un seul des malades qui y ont été soumis être atteint des accidents de résorption. Dans mes souvenirs, ne voulant tenir compte que des grands anthrax, j'en trouve cinq qui ont bien guéri par cette médication.

Pourra-t-on aussi, comme le prétend M. Boinet, faire avorter l'anthrax à sa période aiguë ou de développement à l'aide de ce moyen. Pour ma part, je ne le crois pas; et j'ai à cœur de bien établir les indications spéciales auxquelles j'ai appliqué la solution iodée au traitement de cette maladie.

J'ajouterai en terminant que M. Nélaton, auquel j'ai fait connaître ce mode de traitement et l'ordre d'idées qui me l'a fait adopter, m'a dit l'avoir appliqué avec succès.

M. GIRALDÈS. Il me semble que, pour pouvoir s'entendre, il faudrait tout d'abord distinguer les anthrax qui se produisent sans être précédés d'un état général plus ou moins grave, comme le diabète, et ceux qui ne sont qu'une des manifestations de cette dernière maladie ou de quelque autre également grave. Ces derniers anthrax résistent à tous les traitements. J'ajouterai maintenant, à propos du traitement conseillé par MM. Boinet et Forget, qu'il me paraît fort bon dans les régions pourvues d'une grande quantité de graisse; mais à la nuque, et dans quelques autres points aussi maigres, on ne peut, ce me semble, y avoir recours à cause de la mortification des aponévroses qu'on ne manquerait pas de produire. Son application me paraît également difficile et dangereuse aux lèvres et aux paupières. Je pense donc que la variété et la nature de l'anthrax, ainsi que la région où il se développe, doivent faire varier le traitement qui ne saurait, rationnellement, rester le même partout et toujours.

M. FOLLIN. Comme M. Velpeau, j'ai souvent eu recours aux grandes incisions multiples et profondes jusqu'aux aponévroses. Je dois dire que cela réussit souvent, mais non pas toujours. J'ai vu à Neuilly, avec M. le docteur Becquet, un malade dont l'état général resta grave malgré les grandes incisions. J'eus alors recours à la cautérisation des surfaces mises à nu par des lanières de chlorure de zinc, et je vis très-promptement les plaies se déterger et l'état général devenir meilleur.

M. BOINET. Je n'ai pas dit que la teinture d'iode arrêtait les anthrax, mais seulement les boutons de nature douteuse. Quant à la mortification des aponévroses, je ne l'ai jamais observée pendant l'emploi de ce moyen.

M. TRÉLAT. Si les incisions multiples et la cautérisation peuvent

arrêter les accidents de l'anthrax, il me paraît difficile d'éviter la phlébite; car, par tous les procédés vantés jusqu'à présent, on ouvre une voie multiple à la propagation de l'inflammation veineuse. Le procédé opératoire de notre collègue M. Guérin pourrait peut-être éviter un peu mieux ce danger, en laissant aux incisions pratiquées, contre l'étranglement des tissus, le tégument naturel formé par la peau restée intacte. Je serais donc très-heureux de savoir, de M. Guérin, les résultats auxquels il est arrivé par la méthode de traitement qu'il a préconisée, à savoir, les incisions multiples sous-cutanées.

M. VELPEAU. Je désirerais qu'il fût bien entendu que je n'ai voulu parler que du traitement local et nullement des complications. Je répète qu'il est très-important que les incisions dépassent les limites apparentes du mal. Cela me paraît tellement la chose capitale, qu'il m'est arrivé plusieurs fois d'inciser seulement ces limites et leurs environs ; j'ai pu ainsi obtenir la guérison. Quant à la teinture d'iode, je l'ai employée très-souvent et je la considère comme un très-bon adjuvant, sans toutefois lui accorder toutes les propriétés qu'a signalées M. Boinet.

M. GUÉRIN. Je n'avais pas l'intention de prendre la parole sur cette question; j'ai soumis mon mémoire à l'Académie de médecine, et j'attends son jugement; mais, puisqu'on m'y invite, j'en résumerai la substance en quelques mots.

Comme tout le monde, j'ai pu constater les avantages des grandes incisions, mais j'ai eu aussi l'occasion d'observer les inconvénients qu'elles présentent. Un des plus fréquents est, sans contredit, l'infection purulente. Or, personne ne peut nier qu'elles ne multiplient les portes d'entrée aux éléments putrides et purulents, surtout quand on a affaire à ces tissus lardacés qui maintiennent béants les orifices veineux. Pour cette raison, et aussi parce qu'il ne me paraît pas nécessaire de faire porter le débridement sur la peau, j'ai eu recours à un procédé différent de celui généralement usité; je me suis contenté de faire des incisions multiples sous-cutanées. En ménageant ainsi la peau, je laisse une surface d'absorption moins grande; je diminue l'abondance de la suppuration, et enfin je cause moins de douleur au moment de l'opération. Ces trois considérations m'ont paru suffisantes pour recommander la méthode que je préconise, et, depuis dix ans que je l'emploie, j'ai toujours vu cette opération, d'ailleurs peu douloureuse, faire cesser immédiatement l'étranglement des tissus sous-cutanés. Ce manuel opératoire n'est pas difficile; un simple bistouri un peu long constitue tout l'appareil instrumental, et la seule précaution essentielle consiste à aboutir, au point de sortie, au delà de la partie enflammée. Si on incise assez profondément, on arrête la mar-

che de la maladie en faisant cesser l'étranglement. Je regrette que mes collègues ne soient pas en mesure de juger ce procédé par leur expérience personnelle, car je suis persuadé qu'ils obtiendraient les mêmes résultats que j'ai signalés dans mon mémoire.

M. GUYON. Pour répondre au regret formulé par M. Guérin, je dirai que j'ai, deux fois, mis en usage le procédé qu'il a conseillé. Dans un premier cas, les phénomènes généraux ont continué ; toute la partie centrale s'est mortifiée, la propagation circonférentielle de l'inflammation a été arrêtée.

Dans un deuxième cas, d'ailleurs simple, la guérison a été rapide. En résumé, cette méthode m'a paru présenter au moins autant de bénéfices que les autres, et je serais tout disposé à l'employer de nouveau, sans pour cela me croire en mesure de la juger aujourd'hui d'une manière définitive.

M. BROCA. Je ne parlerai pas du procédé opératoire de M. Guérin, je ne l'ai point encore appliqué. Quant à celui généralement employé, il me semble donner une surface sanglante plus étendue que celle qu'on obtiendrait par l'extirpation. En effet, je ne connais pas, quand l'anthrax a de grandes dimensions, une seule opération, pas même la désarticulation de la hanche, qui dénude une plus grande surface de tissus.

Je ne veux évidemment critiquer personne, puisque moi-même j'ai toujours eu recours au procédé vulgaire; mais je me demande s'il ne vaudrait pas mieux enlever le mal tout entier. C'est là, je le répète, une simple question que je soumets à l'appréciation de mes collègues. Le mal se propage ordinairement en profondeur et en surface. Son premier mode de propagation n'a rien de spécial; mais le second se fait par la peau.

L'anthrax, en effet, est primitivement une maladie des cavités glandulaires de la peau. Il résulte d'une réunion de furoncles, c'est un furoncle polyglandulaire. On a beau dépasser par les incisions les glandules cutanées, on n'en voit pas moins l'inflammation cheminer de proche en proche. C'est pour cela qu'il me semblerait avantageux d'enlever toute la partie malade, en en dépassant les limites. Je ne vois guère, à cette manière de faire, d'autre objection sérieuse que celle qui résulte de la difficulté de fixer exactement la courbe définitive de l'anthrax.

M. MARJOLIN. Je ne partage pas l'opinion de notre honorable président sur le mode de propagation de l'anthrax. Car j'ai pu observer sur moi-même que quand les incisions cruciales sont suffisantes, l'inflammation s'arrête, tandis qu'elle continue à se propager de proche en proche quand elles sont restées incomplètes. Et, d'ailleurs, qui pour-

rait répondre que l'inflammation septique ne s'étendra pas au delà de la partie enlevée ? Mais, en supposant même qu'on n'ait point cette crainte, il ne me paraît guère possible de songer à l'extirpation quand l'anthrax occupe une très-grande surface, comme dans un cas où l'inflammation avait envahi l'occiput et la nuque tout entière. Dans ce cas, des incisions profondes et étendues m'ont permis d'obtenir, sans difformité notable, une guérison rapide.

M. DEMARQUAY. Il m'est arrivé si souvent d'arrêter la marche de l'anthrax par les grandes incisions, que je ne puis pas croire que ce ne soit pas là le meilleur traitement. Jamais je n'ai observé la phlébite de voisinage comme complication ; l'induration des tissus, au milieu desquels se trouvent les veines incisées, me paraît être une raison pour que cette phlébite ne se développe pas. D'ailleurs, il me paraît évident que l'extirpation exposera, plus que les incisions, à la section de vaisseaux importants.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. GUYON présente à la Société un jeune homme de dix-huit à vingt ans, chez lequel une vaste brûlure a laissé une énorme cicatrice, au moyen de laquelle le bras gauche est réuni au thorax dans presque toute sa longueur. Il demande à ses collègues quel serait, suivant eux, le meilleur procédé opératoire pour rendre au bras sa liberté.

M. DEMARQUAY pense qu'on réussira en pratiquant une incision antérieure et une incision postérieure, puis une suture des deux bords de la plaie qui restera sur le côté de la poitrine.

M. PERRIN est d'avis que le procédé de Jones serait ici préférable ; il consisterait à circonscrire, dans une incision en forme de V à pointe inférieure, un grand lambeau de tégument qu'on appliquerait ensuite sur le bras.

M. TRÉLAT croit qu'il y aurait à voir si on ne pourrait pas mettre ici à profit le procédé conseillé par M. Didot (de Liége) pour les doigts palmés.

M. GUYON fait observer qu'il serait disposé à faire deux opérations, en ayant soin de laisser entre elles un assez long espace de temps, ainsi que le recommande M. Denonvilliers pour presque toutes les autoplasties multiples. La première opération aurait pour but d'isoler le bras de la poitrine et de le recouvrir avec la peau existante. Un peu plus tard, il s'occuperait d'une deuxième autoplastie pour le creux de l'aisselle.

M. BROCA se rallie à la proposition faite par M. Trélat, et pense,

comme ses collègues, qu'il y aurait grand avantage à ne pas se hâter de réparer le vide restant dans le creux de l'aisselle, attendu qu'il pourrait peut-être se combler spontanément.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Rizzoli. *Dei calcoli perineali.*

Cazeaux et Tarnier. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements ;* 7e édition, 1re partie.

Elle a reçu en outre :

Le *Montpellier médical*, octobre 1865 ;

Le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure ;*

Les *Archives générales de médecine ;*

Le *Bulletin de thérapeutique ;*

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

LECTURE.

Résection traumatique d'une portion de la diaphyse des deux os de l'avant-bras.

M. DAUVÉ lit une note sur ce sujet. Elle est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Verneuil, Desormeaux et Le Fort.

COMMUNICATIONS.

De l'intoxication putride et purulente dans les affections chirurgicales de la bouche.

M. CHASSAIGNAC. A l'occasion d'une communication de M. Verneuil, notre honorable collègue M. Richet a entretenu la Société d'un

ordre de faits qui a été de ma part l'objet de quelques études, que je viens à mon tour soumettre au jugement de cette assemblée.

L'intoxication putride à la suite des fractures de l'os maxillaire, aussi bien qu'à la suite des caries et des nécroses de cet os, a été décrite sous le nom de cachexie buccale purulente. Elle se présente à l'état aigu et à l'état subaigu ou chronique. J'ai tracé les caractères de cette intoxication et ses effets sur l'organisme dans mon *Traité de la suppuration*, t. I, p. 55, 1859.

Dans cette partie de mon ouvrage, je rapporte trois observations dans lesquelles on peut lire la description des dangers que fait courir à l'organisme ce genre d'empoisonnement et l'indication des moyens qui conjurent ces dangers (p. 217, t. II, *loco cit.*).

Non-seulement cet empoisonnement putride s'observe dans les altérations chroniques des os maxillaires telles que la carie et la nécrose, mais ils peuvent dépendre d'une inflammation aiguë, souvent d'origine traumatique donnant lieu à des abcès sous-périostiques aigus, ou même à une infiltration purulente ayant son point de départ dans une fracture de l'os maxillaire, fracture qui peut dépendre soit de ce que l'alvéole éclate sous l'action des instruments du dentiste, soit de ce que la fracture a été produite par toute autre cause agissant directement à travers la peau contre l'os maxillaire inférieur (p. 217, t. II, *loco cit.*)

J'ai observé un certain nombre d'exemples de ce genre. La suppuration à la suite des fractures du maxillaire inférieur est une complication beaucoup plus fréquente qu'on ne pense de cette espèce de fractures. Il suffit que la juxtaposition des fragments s'opère mal pour donner lieu à de la suppuration, qui débute par la région alvéolaire.

Ce n'est pas seulement à la suite des fractures suppurées de l'os maxillaire que j'ai observé et décrit l'empoisonnement putride aigu dont a parlé M. Richet, je l'ai mentionné et décrit comme conséquence de suppurations sous-périostiques aiguës de l'os maxillaire inférieur. Ne trouvant que peu de chose dans les traités généraux sur ce mode d'empoisonnement putride, j'ai eu recours aux recueils périodiques, aux actes des sociétés savantes et à ma pratique d'hôpital. Ces documents m'ont mis à même de joindre, à huit observations consignées de la p. 151, t. II, à la p. 159, une observation de M. le docteur Mazet qui a été suivie de mort, et une observation très-curieuse de suppuration sous-périostique aiguë due à notre collègue M. Foucher.

C'est à l'aide de tous ces faits que j'ai formulé (t. II, p. 151) les propositions suivantes :

La portion osseuse suppurée siégeant à la face interne de l'os maxillaire, le tube à drainage est conduit à travers le plancher de la bouche de manière à former un anneau qui embrasse la face interne de l'os maxillaire dans le point malade et dont la partie supérieure sort par la bouche, tandis que la moitié inférieure sort à travers la peau (p. 217).

Dans le chapitre dont sont extraits les passages que je viens de citer se trouvent cinq observations de ces intoxications buccales purulentes aiguës traitées par des douches abondantes et la canalisation vers la partie déclive ou le plancher buccal.

La dernière de ces observations se rapporte à une fracture produite par un coup de pied de cheval, et qui, malgré une nécrose constatée par le stylet, a été suivie d'une guérison complète (p. 220, t. II, *loco cit.*).

Voici maintenant la description de l'empoisonnement putride aigu par les lésions suppuratives de l'os maxillaire :

Elle est de tous points conforme à celle de M. Richet, sauf quelques traits qui m'avaient plus particulièrement frappé. Telle est, par exemple, la tendance syncopale que présentent à un haut degré tous les sujets atteints de ce genre d'empoisonnement.

Comme notre collègue, j'ai distingué avec soin ces symptômes de ceux de l'infection purulente métastatique.

Voici notre description :

L'habitude extérieure du sujet se modifie d'une manière toute spéciale. Il commence par se décolorer, puis bientôt il prend une teinte plombée; sa face prend une expression de langueur analogue à celle des gens qui tombent dans le marasme. Les mouvements deviennent plus lents, le malade perd ses forces. Quand il se lève, il semble qu'il va se trouver mal (état syncopal que j'ai constamment observé chez les sujets atteints d'intoxication putride salivaire). Ses jambes ne peuvent plus le porter. La faiblesse qu'il éprouve ressemble à celle des sujets chez lesquels la nutrition se fait imparfaitement. Il devient plus sensible au froid. Les sens paraissent s'émousser. L'appétit diminue peu à peu. La bouche devient pâteuse, amère, la langue saburrale; puis se manifeste une diarrhée abondante, séreuse et d'une odeur fétide.

Rien autre chose du côté des voies respiratoires que l'affaiblissement du murmure vésiculaire, circonstance qui s'explique par l'émaciation et la débilité du sujet. Le pouls devient petit, fréquent, et le malade éprouve chaque soir un redoublement fébrile. Plus tard, la teinte cachectique se prononce davantage; la peau conserve une moiteur désagréable, poisseuse. La sécrétion urinaire est diminuée, et les urines sont troubles et épaisses.

Ici donc se trouvent réunis tous les caractères indiqués dans la description qu'a tracée notre collègue : frissons, diarrhée, dépérissement, teinte terreuse de la peau.

Pour couper court à toute équivoque, je dis expressément, p. 56, t. I :

« Le pus mêlé à la salive, aux aliments avalés, était la cause directe de l'atteinte profonde portée à l'organisme, et la mort en eût été la conséquence nécessaire si un traitement approprié n'eût été institué. »

Dans chacune des trois observations consignées, t. I, p. 55, 56 et 57, du *Traité de la suppuration*, se trouvent indiqués tous les signes attribués par M. Richet à l'empoisonnement putride par suppuration à l'intérieur de la bouche, soit après la fracture du maxillaire, soit après une opération pratiquée sur la langue.

Je crois donc qu'après toutes les preuves que je viens de donner il y aurait quelque injustice à dire, qu'aucun auteur n'a décrit l'empoisonnement putride causé par les suppurations buccales dues aux lésions suppuratives de l'os maxillaire, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique.

M. RICHET. Je n'ai qu'à exprimer le regret de n'avoir pas connu ces divers passages du livre de M. Chassaignac, intitulé : *Traité de la suppuration*. Ce titre est peut-être un peu cause que je n'y ai pas fouillé avec plus de soin pendant que je m'occupais des fractures du maxillaire. Je regrette d'autant plus de n'y avoir pas puisé les éléments que vient nous rappeler notre honorable collègue, qu'ils m'auraient servi à donner plus de force aux conclusions de mon travail.

Fracture du fémur gauche, accidents graves, embolie probable.

M. HOUEL communique sous ce titre l'observation suivante, rédigée par M. Delens, interne du service.

Auguste C..., âgé de quarante-cinq ans, garçon de restaurant, est entré à l'hôpital des Cliniques le 27 avril 1865 et a été couché au n° 7 de la salle des hommes (service de M. Nélaton). C'est un homme trapu, assez vigoureux, présentant un embonpoint très-notable. Sa santé est habituellement bonne.

Le 27 avril, au matin, il a fait une chute dans une cave par une trappe laissée ouverte, et a été amené à l'hôpital immédiatement après l'accident.

On constate une fracture du fémur gauche, sans plaie des téguments ; mais l'embonpoint du malade et la tuméfaction des parties molles empêchent de préciser, d'une façon rigoureuse, le siége de la fracture, qui paraît notablement au-dessus de la partie moyenne du fémur.

Le membre est placé dans un appareil de Scultet qui, au bout de

cinq ou six jours, est remplacé par l'appareil à extension continue, dit appareil américain.

M. Houël, en examinant la partie inférieure de la cuisse, constate, au-dessus des condyles du fémur, une tuméfaction présentant une assez grande dureté et diagnostique une seconde fracture de la partie inférieure du corps de l'os.

L'extension continue n'a pu être supportée que pendant une quinzaine de jours, au bout desquels l'appareil de Scultet a été réappliqué.

Jusqu'au 28 mai, la santé du blessé s'est maintenue très-satisfaisante. La partie inférieure du membre fracturé présentait seulement un certain œdème.

Dans la nuit du 28 au 29 mai, le malade dort mal et éprouve, à ce qu'il paraît, un peu d'oppression sternale; cependant il ne se plaint de rien, à la visite, au moment où l'on passe devant son lit.

Mais un quart d'heure après, sans cause appréciable et sans pousser la moindre plainte, il perd subitement connaissance. Son voisin appelle immédiatement, et on le trouve la face rouge, violacée, la tête un peu renversée en arrière. Les paupières sont à demi soulevées, les deux pupilles dilatées, immobiles. La respiration est pénible, stertoreuse; à chaque expiration, les joues sont légèrement soulevées, et les lèvres s'écartent par le passage du courant d'air. Le pouls est imperceptible aux radiales.

Pendant qu'on entoure le malade et avant que l'on ait eu le temps de se demander à quoi l'on a affaire, il revient à lui, et, le premier moment d'étonnement passé, il déclare qu'il a ressenti brusquement une oppression très-vive et qu'il a perdu connaissance sans pouvoir appeler.

La perte de connaissance a duré, en tout, une ou deux minutes au plus; cependant le visage prend une pâleur cadavérique et se couvre d'une sueur froide. Cette pâleur persiste pendant toute la journée; les membres sont froids, le pouls fréquent (100 puls.), très-petit aux radiales. Le malade accuse une douleur persistante à la région cardiaque. Il parle assez librement et a sa connaissance parfaite, mais il se sent incapable de faire le moindre mouvement, et ne prend rien de la journée.

M. Houël, en auscultant la région précordiale au moment de l'accident, n'entend point les battements du cœur, à leur place existe un espèce de frémissement.

La respiration est normale en avant, sauf qu'il existe quelques bulles de râle sous-crépitant à droite.

Le lendemain, 30 mai, l'aspect est un peu meilleur, le pouls un peu

plus facilement perceptible, mais le malade n'a pu dormir cette nuit et accuse toujours la même oppression.

En auscultant le cœur, on constate un bruit de souffle râpeux, très-manifeste ; au premier temps et vers la base, il se prolonge dans la direction de l'aisselle gauche.

Dans la soirée, on ne retrouve plus que des traces de ce bruit.

Le 31 mai, le malade commence à reprendre son aspect normal et un peu d'appétit.

Pas de bruit de souffle au cœur.

Le 2 juin, malaise et nouveaux troubles cardiaques. On peut ausculter en arrière, et l'on trouve la respiration légèrement soufflante.

Le 3, rien à l'auscultation du cœur. Le pouls est plus faible à la radiale droite qu'à celle du côté gauche, ce qu'on n'avait pas encore constaté (84 puls.).

En arrière, il existe une faiblesse marquée du bruit respiratoire à la partie moyenne du poumon gauche.

Le crachoir contient des crachats un peu visqueux, mêlés de sang, par stries distinctes ; ils ont été rendus pendant la nuit. Quelques autres semblables ont été expectorés dans la journée. Le facies est visiblement altéré.

Le 4, amélioration. Pas de fièvre ni de bruit anormal au cœur, mais une gêne assez notable de la respiration persiste. Il n'y a pas eu de nouveaux crachats sanglants.

Le 5, assez bien aujourd'hui. L'auscultation du cœur est toujours muette.

L'amélioration se continue dans les jours qui suivent.

L'appareil de Scultet a été retiré le 27 juin. Le membre fracturé présente un œdème considérable, dont le début remonte aux premiers jours du traitement. On sent à la racine de la cuisse un empâtement profond et étendu ; mais le doigt ne distingue, nulle part, de cordon indiquant une oblitération veineuse.

Le malade a commencé à se lever dans la seconde moitié du mois de juillet, conservant toujours de l'œdème de la jambe et de la cuisse. Il a quitté l'hôpital dans la première moitié d'août, son état général était très-satisfaisant.

M. DEMARQUAY. Je trouve qu'on fait jouer à l'embolie un rôle beaucoup plus important que celui qu'elle mérite, l'embolie n'est pas la seule cause qui puisse produire les morts subites. Il me semble qu'on néglige un peu trop aujourd'hui toutes les autres causes que Bichat nous a si bien indiquées depuis longtemps.

M. HOUEL. J'accorde volontiers à M. Demarquay que, fort heureusement pour le malade, mon fait est resté incomplet, puisqu'il n'a pas

été suivi d'autopsie. Je crois, néanmoins, qu'il est entouré d'une somme très-grande de présomption et même de probabilité. L'existence d'une embolie me paraît, je le répète, rendue très-probable par le brusque début des accidents, l'absence momentanée des battements du cœur, suivie bientôt du souffle râpeux dans la région précordiale. La coexistence d'une phlébite profonde, accusée par l'œdème, me paraît parler dans le même sens.

M. VELPEAU. Comme M. Demarquay, je trouve que le fait intéressant rapporté par M. Houël me laisse une demi-conviction; cependant je serais assez disposé à l'admettre comme un exemple d'accidents causés par embolie. Mais, d'un autre côté, je suis en contradiction formelle avec M. Demarquay quand il prétend qu'on fait jouer un rôle trop important aux embolies. Je dirais plus volontiers le contraire. J'en ai observé plusieurs exemples dans la même année, sans parler de celui que j'ai communiqué à l'Académie des sciences. Aussi suis-je convaincu que les embolies sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Du reste, on comprend assez bien qu'il en soit ainsi quand on réfléchit à la composition du sang et à la facilité avec laquelle des caillots peuvent s'y former.

M. RICHET. Ce qu'ont déjà dit MM. Velpeau et Demarquay me dispensera de m'étendre beaucoup sur le fait de M. Houël. Je dirai seulement que nous savons tous qu'on rencontre l'œdème sans phlébite; or M. Houël n'a pas trouvé d'autre signe d'une inflammation veineuse et je ne comprends plus dès lors comment se serait produite l'embolie.

J'ai eu dernièrement l'occasion d'observer à l'Isle-Adam un fait qu'on chercha également à expliquer par une embolie et qui, je crois, pouvait se comprendre par une congestion considérable du foie. Voici ce fait très-abrégé: Un homme de soixante-dix ans, atteint d'une fracture très-simple du péroné, était au vingtième jour de l'accident, quand il fut pris brusquement, dans le repos le plus complet, d'accidents graves de suffocation. Appelé en toute hâte auprès de ce malade, je ne pus constater de traces de phlébite nulle part. Mais la palpation et la percussion me permirent de reconnaître facilement un énorme volume du foie. Mon confrère avait songé à une embolie, je ne partageai pas cette manière de voir et je crus pouvoir expliquer ce qui s'était passé par l'augmentation considérable du volume du foie. Je conseillai un régime sévère, une diète relative, la marche, et le malade se rétablit parfaitement.

Notre regretté confrère Thirial a publié dans l'*Union médicale* l'histoire d'un malade que j'ai été appelé à visiter avec lui et M. le professeur Bouillaud, et qui prouve jusqu'à l'évidence que quand il y

a phlébite, c'est alors seulemeut qu'on doit redouter l'embolie et que le traitement, loin d'être celui que j'ai conseillé pour le précédent malade, doit alors être dirigé contre la phlébite.

Voici un résumé succinct de ce fait.

Le malade avait une veine variqueuse enflammée de la jambe et avait éprouvé des symptômes de suffocation assez effrayants. On craignait une affection des orifices du cœur. M. Bouillaud fut appelé et déclara qu'il n'y avait aucune altération des orifices ou des valvules. C'est alors que nous portâmes le diagnostic phlébite donnant lieu à des embolies. Nous prévînmes la famille qu'il était à craindre que le malade ne succombât brusquement. Ce pronostic ne s'est que trop rapidement vérifié ; car en quelques minutes le malade fut foudroyé quelques jours plus tard.

Quelle différence entre ces deux faits, quoique les symptômes présentent de l'analogie ? Dans le premier cas, point de trace de phlébite, j'annonce qu'il n'est pas question d'embolie, et le malade se rétablit rapidement ; dans le deuxième, je constate un caillot dans la veine et nous annonçons une catastrophe possible, pronostic fatal qui ne s'est que trop tôt confirmé.

M. VELPEAU. M. Richet semble croire que l'absence de phlébite suffit pour autoriser à repousser l'idée d'embolie. C'est là une erreur. Chez deux de nos malades, il n'y avait pas trace de phlébite. Quant au rôle que M. Richet a fait jouer à l'engorgement du foie, il me paraît encore moins admissible que l'embolie dans le fait de M. Houël.

M. BLOT. Quand j'ai cédé la parole à mon maître, M. Velpeau, je voulais précisément dire que la phlébite n'est pas du tout la condition *sine quâ non* de l'embolie. Il est, en effet, plusieurs conditions physiologiques ou pathologiques dans lesquelles on ne peut nier les coagulations spontanées sans phlébite préalable. Pour n'en citer qu'une, je mentionnerai l'état puerpéral, pendant lequel on a déjà vu si souvent des embolies se former sans qu'une phlébite les ait précédées. Il y a même cela d'assez singulier que dans les cas assez nombreux de phlegmatia alba dolens que j'ai pu observer, jamais il n'y a eu d'embolie.

M. TRÉLAT. Je désire surtout faire remarquer à M. Houël que ce silence du cœur n'a jamais, je crois, été signalé dans l'embolie ; aussi serais-je disposé à le rapporter à un état syncopal.

Je ferai observer que des caillots emboliques peuvent s'échapper de veines atteintes de phlébite latente ou de phlébite qui a échappé à l'attention. M. Azam (de Bordeaux) a publié, dans son *Mémoire sur les cas d'embolies dans les fractures du membre inférieur*, des

faits qui prouvent que la phlébite n'est pas très-rare dans les fractures du membre inférieur, et qu'il est arrivé plusieurs fois que cette phlébite n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

Je dirai enfin que le pelotonnement d'un caillot peut expliquer la brusque modification de phénomènes dans le cas où un caillot se fixerait en se roulant sur lui-même dans l'artère pulmonaire et où il viendrait à se dérouler rapidement sous l'impulsion d'une ondée sanguine.

M. DEMARQUAY. Je suis loin de vouloir nier les phénomènes dus aux embolies, je crois seulement que, dans beaucoup de cas, on admet les embolies sans preuve suffisante.

M. VELPEAU. Je me suis surtout élevé contre l'opinion de M. Demarquay, parce qu'il semble croire nécessaire de voir les phénomènes propres à la phlébite précéder l'embolie.

M. RICHET fait observer que dans plusieurs cas de mort subite survenue chez des femmes en couches, l'autopsie n'a pas démontré d'embolie. Il ajoute, relativement à l'homme observé par lui à l'Isle-Adam, que ce malade éprouvait déjà depuis longtemps des accidents gastriques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine;

2° Le 6e fascicule du tome V des *Mémoires des concours et des savants étrangers* publiés par l'Académie royale de Belgique.

— M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Ch. Garnier, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée du Mexique, une observation de squirrhe récidivé du sein, en voie de transformation encéphaloïde, chez un sergent de vingt-cinq ans.

Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Foucher, Perrin et Larrey.

Infection purulente dans la fracture du maxillaire inférieur.

A l'occasion du procès-verbal :

M. RICHET rappelle que dans la dernière séance il avait rapporté un fait dans lequel il avait observé cette complication. Il ajoute que M. Gosselin, le lendemain, l'avait chargé de faire part à la Société d'un fait semblable observé par lui. Ce fait, relaté par M. Gosselin, a d'autant plus d'importance que M. Gosselin en a autrefois nié la possibilité dans le *Compendium de chirurgie*.

Dans ce cas, il s'agissait d'une fracture très-simple, dont la réunion fut assez facilement obtenue au moyen d'un appareil en gutta-percha.

Quelques jours après l'application de cet appareil, l'haleine devint fétide; on fit des injections détersives. Néanmoins le malade s'affaiblit peu à peu et des frissons irréguliers se manifestèrent. Alors on se décida à enlever l'appareil; de nouvelles injections furent pratiquées plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; l'affaiblissement augmenta et le malade mourut. A l'autopsie, on constata des abcès métastatiques.

Six mois plus tard, un autre malade entra, pour la même fracture, dans le service de M. Gosselin. Un appareil de gutta-percha lui fut également appliqué; les mêmes accidents se produisirent; on enleva aussitôt l'appareil, qu'on remplaça par une simple fronde. On fit des injections et le malade guérit.

Depuis ce temps, M. Gosselin a renoncé à l'appareil de gutta-percha, qu'il considère comme mauvais à cause de la facilité avec laquelle il emprisonne le pus.

M. MARJOLIN. Je ne pense pas qu'on puisse dire que l'appareil de gutta-percha soit mauvais, seulement il est vrai qu'il a besoin d'être enlevé souvent pour être nettoyé.

— A propos de la correspondance :

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Goffres, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes; cette lettre est destinée à prouver, contrairement à l'assertion de M. Desormeaux, que l'appareil de M. Mêlier pour les fractures de la clavicule n'a pas été laissé dans l'oubli par les auteurs français qui se sont occupés de bandages et appareils. M. Goffres cite à l'appui de sa réclamation un passage de son *Précis iconographique de bandages et appareils*.

M. DESORMEAUX. Je reconnais d'autant plus volontiers mon erreur que je connais et apprécie, comme il le mérite, l'ouvrage de M. Goffres.

COMMUNICATION.

Hygiène hospitalière.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas l'intention de revenir sur l'importante discussion qui a occupé nos séances pendant plusieurs mois de l'année dernière, mais je pense que la Société entendra avec intérêt le compte rendu d'un document officiel qui vient d'être récemment publié.

A la suite de la discussion qui eut lieu en 1862 à l'Académie de médecine, un décret impérial institua, près le ministère de l'intérieur, un comité consultatif composé d'hommes éminents et chargé de l'examen de toutes les questions relatives à l'hygiène et au service médical des hôpitaux.

Ce comité nomma dans son sein diverses commissions dont les rapports sur la *ventilation*, le *chauffage*, la *mortalité des femmes en couche dans les hôpitaux* sont déjà connus. L'une de ces commissions vient de publier son rapport sur les *conditions hygiéniques à remplir dans la création des hôpitaux.*

La Commission était composée de MM. le général Morin, Bouillaud, Combes, Gilbert, Husson, Laval, de Lurieu, Malgaigne, Mêlier, Michel Lévy, Parchappe, Payen, Tardieu, de Vatteville, Devergie, *rapporteur*.

Dès le commencement de 1863, la Commission avait étudié les questions sur lesquelles elle était consultée; néanmoins ce n'est que deux ans après, dans les mois d'avril et de mai 1865, qu'elle a discuté et adopté le rapport que je viens de citer. Il est infiniment regrettable que ce rapport n'ait vu le jour qu'après la solution définitive et probablement irrémédiable des difficultés soulevées par les projets administratifs au sujet de l'Hôtel-Dieu.

En effet, les conclusions longuement motivées du rapport semblent se concilier bien difficilement avec l'ensemble du projet adopté.

La Commission pense que les hôpitaux sont d'autant meilleurs qu'ils sont plus petits et qu'en conséquence il n'est pas bon de dépasser le chiffre de 500 lits; elle croit, après étude consciencieuse et sur des documents positifs, que l'hôpital doit être situé loin des bas-fonds, des marais, des terrains de remblai, des rivières qui tarissent notablement en été, etc.; — que les bâtiments doivent être complétement isolés les uns des autres; — que les préaux qui les séparent doivent avoir en largeur deux fois au moins la hauteur des

bâtiments et qu'il y a toujours profit à étendre cette mesure; — qu'on ne devrait superposer que deux étages de malades, que trois sont la limite et qu'il ne faut jamais utiliser les combles comme salles de malades. — La Commission blâme la proximité actuelle des lits dans nos hôpitaux; elle voudrait que chaque lit fût séparé du voisin par un espace de deux mètres et que les salles ne continssent pas plus de 16 à 20 lits, en comptant deux petites chambres attenant à la salle. Jamais on ne devrait dépasser le chiffre réglementaire des lits d'une salle. — La Commission prescrit des mesures pour éviter toutes les émanations infectieuses ou odorantes; — elle approuve la création des réfectoires et parloirs et le système des salles de rechange, surtout utiles en temps d'épidémie.

Vous pouvez juger, par cette rapide énumération, de l'ensemble de vues hygiéniques qui a guidé les délibérations de la Commission, et vous serez sûrement frappés de l'extrême analogie qui existe entre ces prescriptions et celles que nous avons préconisées dans le sein de la Société. Je pense, quant à moi, et j'espère que mon appréciation sera partagée, que c'est un bonheur pour notre compagnie de voir nos opinions corroborées par une réunion d'hommes aussi distingués que les membres de la Commission, et je demande en terminant la permission de faire remarquer que MM. Husson et Tardieu sont membres du Comité d'hygiène au ministère de l'intérieur et font partie de la Commission.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

Résection de la partie supérieure du fémur dans la coxalgie.

M. MARJOLIN. La pièce pathologique que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une petite fille sur laquelle notre collègue, M. Dolbeau, a pratiqué la résection de la tête du fémur le 25 août 1854. Cette enfant, qui était entrée à l'âge de trois ans dans mon service, était d'une constitution scrofuleuse très-marquée, il y avait quatre mois que l'affection avait débuté, et lors de son entrée il y avait déjà un vaste abcès au niveau de l'articulation coxo-fémorale. L'ouverture en fut pratiquée, des drains furent placés pour faciliter l'écoulement du pus et l'action des lavages et des injections iodées. Malgré ce traitement local suivi avec beaucoup de soin et un traitement général fortifiant, la maladie continua à faire de grands progrès, les douleurs et l'amaigrissement augmentèrent, et le membre prit une position très-vicieuse, qui gênait l'émission de l'urine. Tel était l'état de la malade lorsque M. Dolbeau, qui me remplaçait, crut qu'il y aurait peut-être là indication de réséquer l'articulation pour diminuer ces douleurs

et faire vivre l'enfant. L'opération fut pratiquée, l'enfant ayant été anesthésiée. Quelques jours après, je repris le service, et je continuai avec le plus grand soin le traitement qui avait été institué. Pendant quelques jours il y eut un peu de rémission dans les douleurs, mais pendant longtemps encore, malgré la présence de drains et des injections détersives fréquemment répétées, la suppuration resta très-abondante. Ce ne fut que sept à huit mois au moins après l'opération que la suppuration diminua réellement, mais il resta toujours plusieurs fistules, par lesquelles on arrivait sur la cavité cotyloïde qui était cariée. Pendant tout ce temps et malgré un séjour de plusieurs semaines à la campagne dans la belle saison, jamais l'état général ne s'améliora franchement, constamment l'enfant fut sujette à la diarrhée, et, malgré tous nos soins, nous ne pûmes la ramener à une véritable convalescence. L'épidémie du choléra la surprit dans un état d'amaigrissement et de faiblesse qui lui laissait peu de chances de salut, et elle succomba.

A l'autopsie nous avons trouvé un tubercule assez volumineux à la base d'un des poumons. Une vaste perforation existait au fond de la cavité cotyloïde dont le rebord était détruit par la carie. La partie supérieure du fémur qui n'avait pas été réséquée était aussi cariée.

Hypertrophie partielle du derme formant une tumeur pédiculée sur le cinquième métacarpien.

M. Marjolin présente une petite tumeur enlevée récemment sur un enfant nouveau-né. La séparation de la tumeur fut faite au moyen d'un fil de soie.

L'examen microscopique d'une tumeur semblable, enlevée par M. Marjolin il y a quelques années, permit à M. Broca de constater qu'elle était due à l'hypertrophie partielle du derme.

M. Broca fait observer que le siége de prédilection de ces tumeurs est le bord externe de la main. Il a eu occasion d'en enlever deux chez le même enfant, une sur la main gauche, une autre sur la main droite.

Luxation des 4 premiers métatarsiens. Réduction du 1er. Subluxation des 2e, 3e et 4e.

M. Demarquay présente, à la Société de chirurgie, un plâtre représentant le membre d'une malade qui offrait ces différentes lésions à la suite d'une chute dans les circonstances suivantes :

Le 7 août 1865, on amena à la Maison de santé Mlle A. H..., âgée de trente-deux ans, qui, dans un accès de folie, s'était jetée par la

fenêtre d'un troisième étage. Elle tomba sur une échelle appliquée contre le mur, et, quand on la releva, elle avait une fracture comminutive de la jambe droite et une luxation du métatarse.

Ce ne fut que le lendemain matin qu'on l'amena à la Maison de santé.

Disons d'abord que sa fracture de jambe, qui intéressait le tibia en deux endroits, fut réduite assez facilement, puis fort bien maintenue, et qu'elle s'est très-bien consolidée malgré une plaie assez large qui communiquait avec une des fractures.

Malgré le gonflement très-considérable du pied gauche, on reconnut la luxation des quatre premiers métatarsiens; la luxation était du genre qui se présente le plus souvent, c'est-à-dire luxation en haut; on en retrouvait encore les signes assez exacts malgré le gonflement du pied. On voyait le pied très-bombé à sa partie supérieure; la longueur totale semblait moindre, et l'avant-pied était un peu pendant en avant et en dedans avec augmentation très-marquée de l'arc interne. On eut beaucoup de peine à faire la réduction, qui ne fut complète que pour le premier métatarsien. Le gonflement, je le répète, était si considérable, qu'après qu'on eût entendu le claquement caractéristique de la réduction, on ne pouvait pas savoir si la luxation était réduite en entier ou en partie. Comme la déformation produite par l'élévation du premier métatarsien était la plus évidente, et que, du moment où cet os avait été remis en place, la grande excavation du bord interne du pied avait disparu, on pensa que la luxation était réduite.

On appliqua donc un appareil inamovible, qu'on laissa environ trois semaines; quand on leva l'appareil, le pied avait dégonflé, et on constata qu'une subluxation des 2e, 3e et 4e métatarsiens persistait encore; il n'y avait eu de réduit que la luxation du premier métatarsien.

Voici l'apparence que nous présente le pied gauche : la longueur totale du pied est la même que celle du pied sain, et pourtant la légère voussure, qui persiste au-dessus du cou-de-pied, le fait paraître moins long; la cambrure du pied est évidemment augmentée par l'élévation des trois métatarsiens luxés, et cependant il n'y a de saillie bien manifeste que celle du second, qui s'élève environ de 3 à 4 millimètres, et celle du quatrième, qui donne une saillie relativement un peu moindre, mais qui, en s'élevant au-dessus du niveau du cuboïde, masque au moins, pour le plan supérieur, la présence du cinquième métatarsien. Celui-ci semble placé au-dessous du 4e; on reconnaît cependant sa position normale en recherchant sa tête saillante sur le bord externe du pied.

Nous avons dit que le troisième métatarsien, qui participe aussi à

la subluxation, offre une saillie bien moindre. Cette considération n'est pas indifférente; car, si on fait attention à la position normale qu'occupe ce 3e métatarsien, en avant du 3e cunéiforme qui proémine lui-même de quelques millimètres au-devant du cuboïde et du 2e cunéiforme, il est clair que, si le 3e métatarsien avait subi un déplacement aussi considérable que les deux autres, nous aurions trouvé, un peu en avant, une saillie en rapport avec celles que nous avons décrites plus haut. Le déplacement qu'affecte ce 3e métatarsien est donc relativement moindre, tout en ayant participé à la subluxation des deux autres. Malgré des tentatives réitérées, on n'a pas pu obtenir la réduction de ces os ; mais la malade, dont la fracture de jambe est aujourd'hui guérie, marche assez facilement. Le pied n'est pas très-difforme, et, en dehors des saillies dues aux extrémités postérieures des 2e et 4e métatarsiens et de l'apparence bombée du cou-de-pied, le reste du membre n'offre rien de particulier.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Guyon sur les candidats à une place de membre titulaire récemment déclarée vacante.

La Commission, composée de M. Guersant, Guérin et Guyon, rapporteur, propose la liste suivante :

En première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Després et Tillaux;

En deuxième ligne, M. Leroy d'Étiolles.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de médecine de la semaine :
Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— M. LARREY s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— **M. PUTÉGNAT** (de Lunéville), membre correspondant, adresse un travail intitulé : *Observation de cancer des ramoneurs ou du scrotum.*

Le cancer du scrotum, auquel les chirurgiens anglais, qui l'ont découvert et bien décrit, ont donné le nom de *cancer des ramoneurs*, mais improprement, ainsi que le reconnaît Pott, puisque des individus autres que les ramoneurs, comme le prouve le sujet de notre observation, peuvent être atteints de cette maladie; le cancer du scrotum, disons-nous, étant très-rare en France, passé sous silence dans certains ouvrages de pathologie chirurgicale (1) ou décrit beaucoup trop succinctement par d'autres (2), nous pensons être quelque peu utile en communiquant le fait que nous venons de recueillir.

Notre observation, comme on le verra, confirme en tous points la description qu'ont donnée de cette maladie Pott (3), Earle (4) et S. Cooper (5), et qui est plus ou moins mal reproduite par les auteurs français.

C. D..., âgé de cinquante-cinq ans, marié depuis peu de temps, d'une taille haute, mais un peu voûtée, aux cheveux blonds, d'une santé habituelle assez heureuse, d'une grande sobriété, usé par le travail, a eu sur le prépuce, il y a dix ans environ, un chancre qui fut traité par un pharmacien.

Longtemps mal logé, D... habite depuis son mariage, dans une maison sise dans un faubourg de Lunéville, un rez-de-chaussée non humide, regardant d'un côté le nord sur un vaste jardin qui aboutit à la campagne, et exposé de l'autre au midi sur la rue, qui est très-large.

C'est le 5 novembre 1864 que, pour la première fois, je suis consulté par D...

Alors il porte en bas, et surtout à gauche du scrotum, une vaste ulcération irrégulière, d'un aspect grisâtre, dont la surface est iné-

---

(1) Voir le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, 1831.

(2) Bayle et Cayol, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. III, p. 583; Bégin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IV, p. 565; Roche et Sanson, *Éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 1833, t. III, p. 375; Fabre, *Dictionnaire des Dictionnaires*, 1841, t. VII, p. 295; Ollivier, *Dictionnaire en 30 volumes*, 1844, t. XXVIII, p. 247; Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1844, t. I, p. 394, etc.

(3) Works, t. III.

(4) *Medic. chirurg. trans.*, t. XII.

(5) *Dictionnaire de chirurgie pratique*, 1826, 2e partie, p. 405, et *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale*, Paris, 1841, p. 622.

gale, à bords épais, durs, élevés, frangés et renversés. Deux brides, constituées par de la peau ulcérée, traversent cette plaie hideuse, au fond de laquelle on voit la tunique vaginale gauche ulcérée, hypertrophiée, d'un rose grisâtre.

La suppuration, contenant des détritus de peau, de tissu cellulaire, du dartos, sanieuse, un peu jaunâtre et parfois grisâtre, irritante pour les parties voisines qu'elle souille, exhale une odeur *sui generis* excessivement fétide, qui infecte le lit et l'appartement.

Cette plaie cause des douleurs aiguës et lancinantes, qui ont lieu spécialement dans la journée et dans la soirée, et presque jamais dans la nuit, pendant laquelle le patient jouit d'un sommeil long et réparateur.

Le testicule gauche et son cordon sont évidemment durs et engorgés. A droite, je soupçonne aussi do l'engorgement dans ces organes.

Je ne trouve point de glandes dans les aines, mais il me semble qu'il y a un peu d'empâtement dans le fond de la fosse iliaque gauche.

D..., qui a conservé son appétit, sa gaieté, ses forces, et qui n'a point de fièvre, mais dont le teint est déjà celui de la cachexie cancéreuse, ou pâle, blême, plombé, ne redoute point sa maladie, qu'il attribue à un coup de timon de voiture, reçu il y a quelques années. On n'en doute point, je me garde bien de le détromper.

Depuis ce 5 novembre, et en dépit de l'énergie des traitements hygiéniques et thérapeutiques interne et externe conseillés et suivis très-exactement, et que j'indiquerai plus bas, le mal n'a fait que progresser jusqu'au 24 septembre 1865, jour du décès du patient, ce qui prouve la justesse de cette sentence de S. Cooper : « Le cancer du ramoneur est une maladie pernicieuse sur laquelle les médicaments internes et les topiques ont une action faible ou nulle (1). »

Ce jour-là, il n'y avait plus de scrotum; mais à la place de celui-ci existait une plaie qui, de la base du pubis, des ligaments de Poupart, s'étendait jusqu'à 1 centimètre de l'anus, et occupait les deux aines et le tiers antérieur interne et supérieur de chaque cuisse. Cette plaie, qui fournissait une suppuration sanieuse très-abondante, d'une fétidité horrible et spéciale, qui n'avait causé aucune hémorrhagie, offrait une surface inégale et parsemée de plaques gangrenées. Dans son centre, se trouvait le tronçon de la verge détruite jusqu'à sa base, et sur les côtés externes on voyait deux tumeurs ovoïdes ulcérées représentant les testicules hypertrophiés.

---

(1) *Pathologie chirurgicale*, p. 622.

A gauche, auprès de l'épine iliaque antérieure et supérieure, existait une plaie superficielle, d'une surface de 5 à 6 centimètres carrés, de même nature que l'autre, à bords frangés, rouges, hypertrophiés et décollés.

A droite, le long du ligament de Fallope et suivant la base du bourrelet supérieur de la plaie principale, régnait une ulcération qui avait détruit la peau jusqu'à l'aponévrose dans une largeur de 3 centimètres. Cette plaie avait succédé à une angioleucite aiguë et ne datait que d'un mois.

Quinze jours avant sa mort, D..., quoique soumis à une sage hygiène et à un régime tonique, est tombé dans le marasme sous l'influence de l'épuisement causé par les douleurs et spécialement par la suppuration. Alors s'est montré de l'œdème aux pieds.

Dans la matinée du 22 septembre, jour où, prévoyant une fin très-prochaine, j'ai pu obtenir la photographie de ce malheureux, une diarrhée colliquative et très-fétide s'est montrée et a hâté la mort, qui a eu lieu le 24 septembre 1865, à huit heures du matin.

Cette vaste et hideuse plaie était le résultat non-seulement de la plaie primitive, qui avait progressé en profondeur et en surface principalement, d'une manière autre cependant que celles du chancre phagédénique (1), du lupus et de la pourriture d'hôpital, mais encore de nombreuses autres ulcérations résultat d'eschares, ou qui avaient succédé à des tubercules indurés, crevassés, et fournissant un ichor fétide, qui, se desséchant, se transformait en une croûte au-dessous de laquelle l'ulcération se faisait.

La plaie primitive, au dire du patient, avait eu un semblable début.

Quel parti devais-je prendre lorsque j'ai vu D... pour la première fois ?

S'il est un moyen de suspendre ou de prévenir cette maladie, c'est assurément l'extirpation de la partie affectée ; mais il est trop tard de recourir à ce moyen si le testicule et le cordon spermatique sont atteints. Telle est l'opinion de Pott, d'Earle, d'Astley et de Samuel Cooper, et des auteurs français qui ont copié ces observateurs.

Lorsque j'ai été consulté par D... (5 novembre 1864), l'opération n'était plus praticable (le temps propice de la faire avec chances heu-

(1) Voir Putégnat : 1° *Traité de la syphilis infantile*, Paris, 1854 ; 2° *Du chancre phagédénique*, dans le tome XXXVI, année 1863, du *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles ;* 3° *Du traitement du lupus,* dans *Mélanges de chirurgie,* 1 vol. in-8° ; Paris, 1849, p. 89.

reuses n'ayant point été saisi); en effet, le testicule et le cordon droits étaient un peu engorgés; à gauche, ces organes étaient indurés, tuméfiés et recouverts d'ulcérations, et, dans le fond de la fosse iliaque du même côté, on reconnaissait un engorgement qui dans la suite est devenu très-évident, et l'on sait que les auteurs disent avec raison que la castration n'offre que des chances fâcheuses quand l'on trouve dans l'abdomen quelque tumeur (1).

Le malade ayant eu un chancre mal traité, je lui ai prescrit, pour la satisfaction de ma conscience, le proto-iodure de mercure, l'iodure de potassium à hautes doses et une tisane amère et sudorifique, mais inutilement.

Alors j'ai ordonné l'arséniate de soude et une préparation ferrugineuse, mais encore en vain.

Voyant ces complets insuccès, je n'ai plus conseillé que l'huile de foie de morue, la teinture alcoolique de ciguë et les opiacés et un régime tonique. Localement, j'ai employé l'eau chlorurée, la teinture alcoolique d'iode, l'alcool camphré, la teinture d'aloès, et enfin la solution au centième du deuto-chlorure de mercure dans de l'eau distillée vantée dans ces derniers temps par l'école de Strasbourg.

ÉLECTION.

La Société, consultée par le président, décide que dorénavant les scrutins pour les élections de membres titulaires seront ouverts à quatre heures et fermés à quatre heures un quart.

Sur 28 votants, les suffrages se trouvent répartis comme il suit :

M. A. Després	16
M. Tillaux	11
Billet blanc	1

En conséquence, M. A. Després est nommé membre titulaire.

M. DOLBEAU. Vous vous rappelez sans doute que, dans la dernière séance, M. Marjolin nous a présenté les pièces recueillies chez un enfant mort dans son service d'une attaque de choléra. Cette petite fille avait subi, il y a plus d'un an, la résection de la tête du fémur gauche; la santé de l'enfant avait, depuis, toujours laissé à désirer, et il faut déclarer que l'épidémie n'a fait que précipiter la terminaison fatale.

J'ai fait l'opération, et voici pourquoi j'interviens; mais je crois qu'il eût mieux valu ne pas produire l'observation, car c'est là un fait très-complexe qui ne peut servir en rien à élucider la question si

(1) Voir Boyer, *loc. cit.*, t. X, p. 283.

grave de la résection de la hanche, dans les cas de coxalgie. Néanmoins je vais donner à la Société des explications qui seront de nature à compléter l'observation qui vous a été présentée.

Je dois tout d'abord remercier M. Marjolin; c'est à ses soins longtemps continués que la petite malade a dû de prolonger aussi longtemps son existence. Toutefois il me paraît bien évident que c'est l'opération qui a permis que l'intervention de notre collègue fût aussi efficace. Mais revenons un peu sur les conditions dans lesquelles j'ai pris l'enfant, puis je vous dirai quelle opération j'ai pratiquée. Il s'agissait d'une petite fille malade depuis bien des mois, amaigrie, ne mangeant plus, épuisée par la suppuration et la diarrhée. La petite malade était condamnée, et, quand je la vis, elle était livrée à son malheureux sort, sans traitement et sans appareil. La jambe était fléchie sur la cuisse, et la cuisse touchait presque la paroi abdominale; le membre était dans une adduction forcée. Enfin, outre plusieurs trajets fistuleux, il y avait encore à la fesse un gros abcès fort douloureux.

Nous attendions, et cependant l'enfant ne succombait pas. Les nuits se passaient sans sommeil, la douleur arrachait à la malade des cris continuels. J'eus alors la pensée de faire quelque chose pour soulager la pauvre enfant; je crus bon d'ouvrir largement l'articulation, qui était remplie de pus, et d'enlever toutes les portions d'os malades, si toutefois cela pouvait s'effectuer sans grand délabrement.

Messieurs, j'ai presque le besoin de me justifier, car M. Marjolin a déclaré que, probablement, il n'eût pas fait cette résection. Loin de moi la pensée d'avoir fait une opération qui fût curative; j'ai voulu soulager la patiente et lui ouvrir en même temps une voie de salut. Mais, si M. Marjolin ne croit pas que la résection a été faite dans de bonnes conditions, c'est à lui de juger si l'intervention chirurgicale n'eût pas été plus utile à une période moins avancée de la maladie. Je ne veux pas conclure, mais je tiens à bien faire comprendre que l'opération n'a été exécutée que dans un but palliatif.

Quels ont été les résultats de cette tentative, c'est ce qu'il nous reste à exposer. Une large incision semi-lunaire, circonscrivant le grand trochanter, permit d'ouvrir l'articulation, et aussitôt un verre de pus s'échappa de l'ouverture; puis nous trouvâmes dans l'articulation des fragments libres et nécrosés de la tête du fémur. Avec une pince de Liston, nous enlevâmes le col du fémur; enfin un cautère rougi à blanc fut promené dans la cavité cotyloïde, qui était cariée. Évidemment tout n'était pas fini, il restait encore dans l'os coxal une lésion trop profonde pour laisser l'espoir d'une guérison complète, d'autant plus que l'état général offrait peu de ressources.

Messieurs, dès ce moment, la douleur cessa, les nuits furent bonnes et l'appétit revint. L'opération ne procura que du soulagement; en effet, tout a été réduit à une simple incision, sans qu'il fût besoin d'une seule ligature. Cette observation peut-elle plaider pour ou contre la résection dans les coxalgies? Évidemment non. Elle prouve que l'opération est simple en elle-même, très-facile à exécuter, et enfin qu'elle soulage lorsque l'articulation est remplie par du pus et des fragments d'os. Quant aux altérations qui ont persisté, elles étaient curables, et je crois que l'enfant eût guéri si les forces avaient été suffisantes et surtout si elle n'eût pas eu des tubercules dans ses deux poumons.

M. GIRALDÈS. Je ne crois pas que les altérations de l'os coxal doivent faire renoncer à la résection de la hanche dans la coxalgie. Il y a, en effet, des cas de guérison après rugination et même enlèvement de cette partie du squelette, comme le prouve le mémoire de M. Hancok. Ce n'est pas tant l'état local que la détérioration de la santé générale qui est l'écueil contre lequel échouent les efforts du chirurgien. Si on consulte les statistiques, on voit que, dans la plupart des cas, les malades ont succombé aux accidents généraux, à l'anémie plus ou moins profonde et à l'état amyloïde signalé par M. Hayern dans les organes splanchniques. Je crois donc que les altérations de l'os coxal ne doivent pas faire renoncer à l'opération, si l'état général n'est pas trop mauvais. D'ailleurs, il y a une autre considération qui doit guider le chirurgien, c'est la *nature* même de la coxalgie.

M. MARJOLIN. Quand j'ai communiqué l'observation de la jeune malade qui fait le sujet de cette discussion, je n'ai nullement blâmé notre collègue, M. Dolbeau, de ce qu'il avait fait; j'ai seulement exprimé le regret qu'il ait opéré sur un sujet dont la santé générale rendait l'opération à peu près certainement infructueuse, et si je n'avais voulu rien faire jusque-là, c'est précisément parce que je ne pensais pas que l'état général de cette enfant permît d'espérer un succès après l'opération. La suite a bien prouvé que j'avais eu raison, car un séjour assez prolongé à la campagne n'a pas même pu modifier notablement cette grave cachexie scrofuleuse. A l'autopsie, nous avons trouvé des tubercules dans les poumons. J'ai pratiqué la même opération sur d'autres malades placés dans de meilleures conditions de santé générale, et ils sont aujourd'hui guéris. L'état général est donc, suivant moi, la considération qui doit surtout guider le chirurgien pour établir l'indication ou la contre-indication de la résection de la hanche.

M. FOLLIN. Il y a trois ans, j'ai fait, en ville, une résection de la

hanche chez une petite fille de dix ans, atteinte depuis plusieurs années d'une carie des extrémités articulaires, avec déplacement et fistules nombreuses. J'ai réuni deux de ces fistules par une grande incision, j'ai pénétré ainsi jusqu'à la tête fémorale que j'ai enlevée. La petite malade a parfaitement guéri ; sa santé générale s'est considérablement améliorée, et il ne lui reste aujourd'hui qu'une petite fistule au voisinage de l'anus. Cette fistule est entretenue par une altération de l'ischion.

J'hésitai d'abord à pratiquer cette opération à cause du développement considérable du système ganglionnaire dans toutes les régions du corps et particulièrement dans la fosse iliaque correspondant à la hanche malade. Chose remarquable, depuis la guérison, toutes ces tuméfactions ganglionnaires ont disparu, et la santé générale ne laisse rien à désirer.

RAPPORT.

M. PANAS lit un rapport sur un travail présenté dernièrement par M. Leroy d'Étiolles et intitulé : *De l'adhérence des pierres dans la vessie et des tumeurs fongueuses vésicales.* Ce travail et le rapport de M. Panas sont renvoyés au comité de publication.

A propos de l'explication proposée par M. Panas pour faire comprendre le mécanisme des adhérences en question, quelques remarques sont faites par M. Giraldès. M. Panas pense que ces adhérences sont produites par des prolongements calculeux au milieu de fongosités. M. Giraldès serait disposé à croire que c'est le contraire qui a lieu. Pour lui des bourgeonnements de la muqueuse viendraient, pour ainsi dire, se prolonger dans les anfractuosités des calculs, ou bien les envelopperaient de manière à les rendre adhérents. Il se fonde, pour émettre cette opinion, sur ce qu'il a pu voir dans de très-belles collections du Collége des chirurgiens de Londres, ainsi que dans le musée de l'hôpital de Guy.

M. BLOT. Je crois que si les auteurs ont pu se trouver en désaccord sur l'existence des calculs adhérents, cela tient à l'expression même dont on s'est servi. Il est évident qu'on ne peut admettre de *véritables adhérences* entre des calculs et la paroi vésicale ; en d'autres termes, entre un *tissu vivant* et une *substance inorganisée*. On s'entendrait mieux si on remplaçait la dénomination de *calculs adhérents* par celle de *calculs fixes, calculs immobiles.*

M. PANAS. Je crois aussi que si les auteurs ne se sont pas trouvés d'accord sur ce sujet et que si quelques-uns ont nié la possibilité de ces adhérences, c'est parce qu'ils ont donné à ce mot une signification trop littérale.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur non ulcérée de la base de la langue.

M. MARJOLIN présente une jeune fille portant sur le côté gauche de la base de la langue une tumeur d'apparence cancéreuse dont il donnera l'observation plus tard.

En terminant, M. Marjolin demande l'avis des membres de la Société sur la conduite à tenir dans ce cas. Le chlorate de potasse paraît-il être utile ?

M. VELPEAU, sans s'inquiéter beaucoup de la nature de la tumeur, propose de l'enlever tout entière en la cernant avec un écraseur linéaire.

M. PERRIN. J'ai employé le chlorate de potasse, dans une dizaine de cas environ, chez des invalides. Il m'a paru ne produire ni bien ni mal. Son seul avantage m'a paru consister à forcer les malades à se nettoyer fréquemment la bouche, poussés qu'ils sont par l'espoir de voir le médicament produire l'effet désiré.

M. RICHET. Je crois avoir été un des premiers à vanter le chlorate de potasse contre certaines tumeurs ulcérées de mauvaise nature; mais chez la malade présentée par M. Marjolin la tumeur n'est point ulcérée. Quant à sa nature, je la crois glanduleuse. Cela me paraît être une *hypertrophie des glandules de la langue.*

Le traitement le plus convenable me paraît aussi consister en l'extirpation. Pour la pratiquer, je passerais à la base de la tumeur deux aiguilles courbes en croix, en ayant soin de dépasser les limites du mal; puis j'entourerais la tumeur par un fil du serre-nœud placé au-dessous des aiguilles.

J'ai enlevé, il y a huit ans, une tumeur de même espèce sur une dame de la ville. Je l'ai revue tout récemment et la guérison s'est parfaitement maintenue.

M. TRÉLAT pense aussi que l'ablation doit être faite.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Glaucome chronique.

M. PERRIN. La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société représente l'hémisphère postérieur d'un œil atteint de glaucome chronique.

Cette affection avait entraîné, longtemps avant la mort, la perte absolue de la vision de ce côté.

Voici en quelques mots quels en avaient été les signes et la marche.

Il y a trois ans et demi, chez un homme de soixante ans, rhumatisant et dont la mère était morte aveugle, il survint, sans cause appréciable, une congestion assez intense de l'œil gauche sans grande douleur ni trouble immédiat de la vision.

La rougeur disparut spontanément au bout de quelques jours et l'organe reprit son aspect normal; mais, à partir de ce moment, le champ visuel se rétrécit progressivement de la périphérie vers le centre avec une rapidité telle, que six mois après le début des accidents la vision fut complétement abolie. Il n'y eut, durant cette période, aucun symptôme qui fût resté dans le souvenir du malade. Pas d'accès, pas de fluxions nouvelles, pas de chromatopsie; marche tout à fait insidieuse et marquée seulement par la disparition progressive de la vision.

Au moment où je vis le malade pour la première fois, l'œil était irrémédiablement perdu.

Je le trouvai dans l'état suivant :

Apparence tout à fait normale; cornée saine et sensible; iris sain, peut-être un peu paresseux dans ses mouvements; milieux réfringents parfaitement transparents.

A l'exploration ophthalmoscopique, qui était très-facile, je vis une papille grise excavée peu profondément, mais sur toute sa surface les artères étaient filiformes et d'une disposition difficile à déterminer. Les veines, au contraire, étaient turgescentes, animées de battements fortement accentuées. Arrivées au bord de la papille, elles se recourbaient et disparaissaient presque complétement derrière le bord sclérotical qui paraissait large et très-élevé.

La choroïde était le siége d'altérations multiples semblables à celles que l'on rencontre ordinairement dans la choroïdite atrophique; on y remarquait une bande assez large d'atrophie complète autour de la papille, des plaques d'atrophie incomplète, disséminées surtout dans la région de la tache jaune, etc.

Quelques mois plus tard, j'explorai de nouveau la cavité oculaire. J'y constatai encore les altérations que je viens de signaler, mais en outre une hémorrhagie qui s'était produite dans la papille même.

Voici d'ailleurs, sur cette aquarelle que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, les principaux détails qui fixèrent mon attention dans cette dernière exploration. Le dessin reproduit l'image renversée du fond de l'œil.

Il y a un an environ, l'œil droit fut à son tour envahi; ce que je pus constater, en l'absence de tout autre signe, par une diminution périphérique permanente du champ visuel. L'affection de ce côté affecta une marche beaucoup plus lente, car l'altération de la vision

constatée dès le début, c'est-à-dire il y a un an, n'avait pas fait de progrès sensible jusqu'à ces derniers jours, pendant lesquels le malade fut enlevé par une attaque de choléra foudroyante.

Il me fut possible d'examiner l'œil atteint le premier : c'est celui que vous avez sous les yeux.

On y retrouve aisément, tout en faisant la part des différences de l'état de vie à l'état de mort, les traits principaux de l'image ophthalmoscopique recueillie sur le vivant : une papille optique excavée, d'un blanc grisâtre, constituée par la lame criblée que l'on reconnaît à son aspect ponctué, une bande d'atrophie choroïdienne péri-papillaire, des plaques d'atrophie disséminées, une petite suffusion sanguine couvrant la moitié inférieure de la papille, enfin et surtout des vaisseaux qui, parvenus au niveau du limbe papillaire, s'incurvent pour plonger en quelque sorte dans l'excavation et y disparaître à peu près complétement.

J'ai tenu à vous présenter la pièce à l'état frais, parce que vous savez avec quelle rapidité disparaissent après la mort les traces des hémorrhagies, quelque précaution que l'on prenne ; mais je me réserve de rechercher au microscope dans quel état se trouve la papille et le bout du nerf optique.

Messieurs, j'ai pensé que cette pièce offrait un certain intérêt à un triple point de vue.

1° D'abord elle nous permet de constater de visu une hémorrhagie de la papille, accident assez rare et presque spécial aux excavations pathologiques de cet organe.

2° En second lieu, elle permet de montrer une fois de plus que la disposition en crochet des vaisseaux du plan rétinien, au niveau du bord de la papille, n'est point une illusion produite sur le vivant par quelque jeu de l'éclairage ophthalmoscopique, mais bien une réalité saisissante à laquelle on ne saurait donner une signification trop précise.

3° Enfin l'état d'altération profonde dans lequel se trouvait la choroïde me paraît propre à corroborer l'opinion qui règne aujourd'hui sur le glaucome chronique.

Cette singulière affection qui participe de la nature du glaucome par l'état d'excavation complète de la papille, mais qui s'en éloigne par l'absence, au moins pendant un certain temps, des autres signes des affections glaucomateuses, telles que marche par accès plus ou moins bien caractérisés, névralgies ciliaires, chromatopsie et voire même tension marquée du globe, etc., fut rangée par Degræfe, qui en donna le premier une bonno description, dans un groupe a part qu'il désigna sous le nom d'amaurose par excavation pathologique de la papille.

Aujourd'hui, on s'accorde généralement à ne voir dans cet état pathologique qu'une forme spéciale, chronique, essentiellement insidieuse du glaucome. Je disais tout à l'heure que cette pièce confirmait cette manière de voir dans une certaine mesure. Et voici comment non-seulement la papille est malade, mais la sclérotique et la choroïde le sont aussi, leur état témoigne d'un trouble profond de leur nutrition. Or il me paraît bien difficile de ne pas admettre que dans l'état de ces membranes réside la cause prochaine des accidents glaucomateux.

L'âge du sujet ne peut être invoqué pour expliquer ces altérations, car elles sont limitées à l'œil malade. L'autre, quoique déjà atteint, avait une choroïde à peu près saine. Je sais bien que chez les vieillards l'atrophie choroïdienne est très-commune, quelquefois portée à ses limites extrêmes. Et pourtant on n'observe pas alors d'excavation pathologique. Cette sorte de contradiction doit avoir sa raison d'être, soit dans le degré de résistance de la lame criblée, soit dans la nature variable du processus pathologique qui aboutit, du côté de la sclérotique et de la choroïde, à des altérations de tissus tout à fait semblables, sinon identiques.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel : Hipp. Blot.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey adresse, de la part des auteurs, les ouvrages suivants :

De la résection de l'articulation de l'épaule, par M. Thomas Longmore, professeur de chirurgie militaire ;

Un *Mémoire sur l'uranoplastie* et un *Mémoire sur la résection du genou,* par M. Bernard Beck (de Freibourg) ;

Des accidents déterminés par les piqûres de mouches, par M. Ricque, médecin aide-major de 1re classe ;

Sur le traitement des fractures de la jambe par l'appareil hémipériphérique en plâtre de M. Périer, par le docteur Morand, médecin-major de 2e classe à l'hôpital du Dey;

Un Mémoire de M. le docteur Chassagniol, médecin en chef de la marine, en retraite, *sur la posthotomie* au dix-neuvième siècle.

— A propos du procès-verbal :

M. TRÉLAT demande la parole pour donner lecture de la rectification suivante :

Messieurs, en communiquant à la Société, dans notre séance du 18 octobre dernier, le rapport fait au comité du ministère de l'intérieur sur les *conditions hygiéniques à remplir dans la création des hôpitaux*, j'ai fait remarquer que M. Tardieu faisait partie du comité et de la Commission spéciale.

Depuis ce moment, M. Tardieu m'a fait savoir par une lettre et m'a prié de porter à votre connaissance que depuis plus d'un an il n'a pris aucune part aux travaux du comité; qu'en conséquence, il décline toute responsabilité relative à ces travaux, et que d'ailleurs il n'a pas signé le rapport cité plus haut.

RAPPORTS.

M. GUYON, au nom de M. Panas absent, lit deux rapports : l'un, relatif aux manuscrits laissés par Morel-Lavallée et adressés à la Société par Mme Morel-Lavallée, se termine par les conclusions suivantes :

1° Publier dans les *Bulletins* de la Société un certain nombre de ces manuscrits ayant plus particulièrement trait à des cas de chirurgie;

2° Déposer honorablement les autres dans les archives de la Société.

Ces deux conclusions sont adoptées.

Le deuxième rapport, qui est aussi verbal, a pour sujet une opération de bec-de-lièvre, avec staphyloraphie et ouranoplastie, faite par M. Delore (de Lyon). Cette opération a été suivie de succès, mais le malade n'a pas été gardé assez longtemps pour qu'on ait pu vérifier dans ce cas le résultat obtenu par la conservation du périoste, du moins quant à la régénération osseuse de la voûte palatine.

COMMUNICATION.

Polydactilie irrégulière.

M. GUYON, à propos de faits analogues présentés dans l'une des dernières séances, communique l'observation suivante, recueillie par M. Thierry, son interne :

Le 14 février 1865, la femme P... accouche d'une fille à terme à l'hôpital Devillas, service de M. le docteur Guyon.

Cette enfant présente pour toute difformité l'altération suivante, qu'on observe aux deux mains en des points similaires.

Du bord interne de la main gauche, au niveau de la cinquième articulation métacarpo-phalangienne, se détache un pédicule mince, violacé, long de $0^m,012$; ce pédicule se termine par une tumeur dure, aplatie, ayant l'aspect de la peau, du volume d'une noisette. Sur un point de sa circonférence, on remarque une dépression irrégulière, rayonnée.

Cette tumeur est enlevée d'un coup de ciseaux donné sur le pédicule en dehors d'une ligature appliquée à son insertion à la peau.

En incisant le pédicule et la tumeur dans le sens de sa longueur, il s'écoule une petite quantité de liquide séreux; on observe alors trois ou quatre traînées rougeâtres, vasculaires, qui vont du pédicule vers le centre de la tumeur, et au centre deux petits noyaux juxtaposés, durs, d'un blanc nacré, d'aspect cartilagineux.

L'examen microscopique est fait par M. Gimbert, préparateur de M. Robin, et vu par M. Robin; il fournit les renseignements suivants :

La tumeur est formée par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; les deux petits noyaux du centre présentent l'aspect du tissu cartilagineux en voie d'ossification.

Substance amorphe contenant des cellules cartilagineuses; près de la périphérie, cellules plus nombreuses disposées presque parallèlement au bord libre, et, dans leur intervalle, substance granuleuse, jaunâtre, épaisse au niveau de ce bord, et envoyant par sa partie profonde des traînées entre les cellules cartilagineuses.

Le liquide contenu est albumineux, et présente au microscope des globules sanguins dont quelques-uns sont en voie de décomposition.

Au point exactement symétrique de la main droite, petite tumeur de quelques millimètres de longueur, se terminant brusquement par une extrémité dure, blanchâtre. Cette tumeur offre à peine le volume d'un grain de chènevis.

M. DOLBEAU. Pendant un séjour de deux ans à l'hospice des Enfants-Assistés, j'ai vu également plusieurs exemples de *polydactilie* de toutes variétés.

Je crois, comme notre collègue M. Guyon, que l'examen attentif des différentes variétés de cette difformité doit amener à la regarder comme étant due à l'existence de *doigts surnuméraires* plus ou moins complets dans leurs éléments constituants.

M. CLOQUET. Cette difformité n'est pas rare; j'en ai, pour ma part, observé cinq ou six exemples. J'en ai fait l'ablation, et j'ai pu me convaincre aussi qu'il s'agissait bien là de doigts surnuméraires plus ou moins rudimentaires.

M. BLOT. Je ne pense pas que cette difformité soit aussi commune que pourrait le faire croire ce que viennent d'en dire nos honorables collègues. Je me fonde, pour émettre cette opinion, sur ce que j'ai pu observer sur environ 10,000 enfants nouveau-nés soumis à mon examen, tant à la Maternité qu'à l'hôpital des Cliniques. En effet, sur ce nombre assez considérable d'enfants, je n'ai rencontré qu'une seule fois la difformité en question.

M. VELPEAU. Il ne me paraît pas douteux que ce soient là de véritables doigts. J'ai, pour mon compte, vu un de ces doigts surnuméraire près du pouce, et les deux pouces étaient si semblables qu'il était assez difficile de dire celui qui était le doigt anormal. On y retrouvait d'ailleurs tous les éléments d'un pouce complet.

M. CLOQUET rappelle qu'il a observé aussi un cas de pouce double chez un adulte, mais que le plus ordinairement ces doigts ou appendices anormaux se rencontrent sur le bord cubital de la main.

M. TARNIER. Puisque chacun donne ici le résultat de son observation, je dirai que le hasard m'a aussi fait voir un pouce surnuméraire, dans lequel existaient d'une manière très-évidente des éléments cartilagineux.

M. BLOT fait également remarquer que dans le cas qu'il a rencontré il s'agissait d'un pouce surnuméraire.

M. TRÉLAT. Contrairement à l'opinion de M. Blot, je considère la difformité en question comme très-commune. J'en ai observé une quinzaine de cas. Leur fréquence paraîtrait peut-être plus grande, si on faisait entrer en ligne de compte toutes les nuances, tous les degrés de cette anomalie, depuis le plus simple appendice fibro-cutané jusqu'au doigt complet.

M. BLOT. Il est probable que notre collègue M. Trélat a eu affaire à une de ces coïncidences singulières qui, dans un laps de temps souvent fort court, vous fait observer un grand nombre de faits de la même nature.

M. GIRALDÈS. Je crois avec M. Blot à l'existence de ces séries de faits de même nature qui disparaissent ensuite pour plus ou moins longtemps. Je dirai cependant que, pour ma part, j'ai vu un très-grand nombre de ces doigts surnuméraires.

Dernièrement encore j'en ai observé deux sur le même sujet, un sur chaque main, celui de la main gauche moins développé que celui de la main droite.

M. DANYAU. Je suis de l'avis de M. Blot sur le degré de fréquence de ces difformités. Dans l'espace de vingt-quatre ans d'exercice à la Maternité, je n'en ai pas vu plus d'une dizaine de cas.

M. TRÉLAT persiste à penser que c'est là une chose commune, et ce qui le prouve, suivant lui, c'est qu'elle est parfaitement connue, anatomisée et même représentée.

M. BLOT. Les dernières raisons que vient de produire M. Trélat ne sont pas de nature à porter la conviction. Je serais bien autrement ébranlé dans ma première opinion si M. Trélat nous produisait une statistique renfermant, d'une part, le nombre des enfants nouveau-nés soumis à son observation, et, de l'autre, le nombre de doigts surnuméraires rencontrés sur ce même nombre d'enfants.

M. VELPEAU. Je pense qu'il faut tenir grand compte des coïncidences singulières que produit souvent le hasard; à ce propos, je n'ai jamais oublié celle qui m'a fait voir, le même jour en ville, trois exemples de fracture du col du fémur.

ÉLECTIONS.

La Société procède à la nomination de trois commissions, l'une pour le prix Duval, l'autre pour la présentation des candidats aux places vacantes de *membres correspondants nationaux*.

Par suite des modifications apportées aux statuts de la Société, le nombre des membres correspondants nationaux est porté de 70 à 100. Trois places sont d'ailleurs devenues vacantes par suite des décès de MM. Rigal de Gaillac et Alquié de Montpellier, et enfin par la mutation de M. Perrin, qui est devenu membre titulaire.

La Société décide que six places, plus le nombre des places devenues vacantes par extinction ou mutation de ces places, seront données chaque année jusqu'à ce que le nombre 100 soit atteint.

Une troisième commission est également nommée au scrutin de liste pour la présentation des candidats au titre de *membres correspondants étrangers*.

Après plusieurs scrutins, la commission du prix Duval se trouve composée de MM. Chassaignac, Lefort, Dolbeau, Tarnier et Trélat;

Celle des correspondants nationaux, de MM. Follin, Velpeau, Danyau et Richet;

Enfin, celle des correspondants étrangers, de MM. Giraldès, Verneuil, Lefort et Follin.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Fracture du crâne, avec enfoncement de quinze millimètres, sans aucun accident cérébral.

M. LEFORT, au nom de M. le docteur Sailly, présente un malade dont voici l'observation recueillie par M. Sailly.

Le 16 octobre dernier, le nommé Normand, ajusteur, âgé de trente-cinq ans, était occupé à percer un trou au haut d'une grille en fer, lorsque l'échelle sur laquelle il était monté glissa, l'entraînant dans sa chute. L'appareil à percer le fer, mal installé sans doute, se dérangea, et le vilebrequin, d'un poids de deux kilos, tomba d'une hauteur d'environ un mètre vingt centimètres sur la tête de notre malade et lui fit la lésion pour laquelle je fus appelé à lui donner mes soins.

Au-dessus de la bosse frontale gauche se trouve une plaie triangulaire à base inférieure, le lambeau des téguments du crâne est renversé en bas; il existe un enfoncement de l'os coronal offrant une ouverture supérieure de deux centimètres de diamètre, dont les bords sont rugueux, se terminant en un angle où l'on voit une rainure indiquant que la table externe a cédé en ce point comme sur les bords supérieurs. Cet enfoncement mesure dix-huit à vingt millimètres.

L'os est complétement dénudé dans toute l'étendue de la plaie.

Je me borne pour l'instant à relever le lambeau par une suture pratiquée sur son côté interne, afin de n'avoir qu'une plaie longitudinale qui me permette d'en surveiller le fond et puisse offrir un écoulement facile au pus.

Pansements avec l'eau fraîche.

État du malade aussitôt après l'accident. — Le blessé s'est relevé de lui-même, et, quoique perdant beaucoup de sang, il s'en est allé demander des soins dans une pharmacie où il me fit appeler.

Il répond à toutes les questions que je lui pose, il explique parfaitement comment cela lui est arrivé. Je ne constate aucun trouble ni dans la parole ni dans l'intelligence; il n'a éprouvé ni éblouissement, ni vertige, ni perte de connaissance, ni étourdissement; il prétend n'avoir aucun malaise, sauf la douleur de la plaie, douleur qu'il dit très-supportable.

Aussitôt pansé, il retourne chez lui à pied, de la rue de Chabrol à la rue de La Rochefoucauld.

Le lendemain, 17, je vais le voir dans la matinée; il éprouve un peu de pesanteur de tête, mais très-peu de chose ; à part cela, dit-il, il va très-bien, il a bien dormi. Pas de fièvre, pas de somnolence, en un mot pas plus de symptômes cérébraux que la veille.

Comme il n'a rien chez lui pour renouveler le pansement, il me propose de venir chez moi, ce qu'il fait dans l'après-midi; sa pesanteur de tête est complétement dissipée lorsque je le vois.

Depuis ce jour-là, 17, il est venu tous les deux ou trois jours se faire panser; il a repris ses travaux depuis le 26 octobre, dix jours après l'accident. La plaie a suivi une marche régulière, la suppuration s'est parfaitement établie, une légère compression a été faite pour empêcher le pus de fuser sous l'aponévrose et de gagner les paupières.

Aujourd'hui, 8 novembre, vingt-trois jours après l'accident, il n'est encore survenu aucun symptôme alarmant, pas de trace d'encéphalite, pas de signe de suppuration intracrânienne. Des bourgeons charnus commencent à envahir l'excavation; on voit encore l'os dénudé au fond de la plaie et la rainure qui forme le sommet de l'angle rentrant.

M. BLOT, à propos de cette présentation, rappelle que, chez les nouveau-nés, on observe quelquefois des enfoncements assez considérables des os du crâne, produits par les rétrécissements du bassin, sans que ces enfants offrent les moindres troubles dans la sensibilité et la motilité; il en a vu un certain nombre qui ont parfaitement survécu à cette lésion qui, peu à peu, s'est effacée avec le développement du crâne. Dans un cas, un de ces enfants a eu, le lendemain de sa naissance, des convulsions du côté opposé à l'enfoncement, ce qui ne l'a pas empêché de continuer de vivre et de se bien développer. Trois mois plus tard, on ne retrouvait plus qu'une convexité un peu moindre du frontal qui avait été le siége de la lésion. C'est un fait qu'il est bon de se rappeler quand on se trouve aux prises avec certains rétrécissements du bassin. Au reste, on se rappelle probablement que M. Danyau a présenté, il y a un an, un fait de ce genre à la Société.

M. MARJOLIN a vu un de ces enfoncements chez un enfant qui avait de temps en temps des convulsions épileptiformes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Doigts surnuméraires.

A l'occasion du procès-verbal :

M. MARJOLIN met sous les yeux de la Société deux plâtres repré-

sentant deux mains qui présentent des doigts surnuméraires. Il a trouvé ces moules chez un marchand de plâtres. L'un reproduit une main composée de sept doigts, l'autre de six. Dans la première, il semble y avoir aussi un métacarpien surnuméraire.

M. GIRALDÈS. Ces faits ne sont pas rares. On en trouve des exemples très-beaux représentés dans le *Traité des maladies congéniales* d'Ammon. J'ai eu moi-même l'occasion de voir, dans mon service, un exemple de deux mains entières supportées par un seul avant-bras. M. Guersant a vu ce même individu.

M. LEFORT. Je ferai remarquer que les doigts représentés par les plâtres de M. Marjolin sont légèrement palmés.

M. TRÉLAT. Depuis la dernière séance, j'ai fait quelques recherches sur la fréquence de ces anomalies. Or tous les livres sont d'accord pour dire qu'elles sont communes. Malheureusement je n'ai trouvé nulle part de statistique à opposer à celle de M. Blot.

M. LEFORT. J'ai ici le dernier compte rendu décennal du service d'accouchement de Guy's hospital à Londres, et celui de Gebär-und Findelhaus à Vienne pour 1862. Or ces tableaux donneraient raison à M. Blot relativement au degré de fréquence de ces vices de conformation, car sur un total de quatorze mille enfants nouveau-nés on n'a pas observé un seul cas de doigts surnuméraires. On ne peut pas croire que ce soit là le résultat d'un oubli, car toutes les autres anomalies y sont notées avec soin.

M. TRÉLAT rappelle combien il est commun de voir cette difformité se transmettre héréditairement chez un grand nombre de membres d'une même famille.

M. BLOT. Notre collègue, M. Trélat, vient de nous donner le résultat de ses recherches bibliographiques. Mais je lui rappellerai, ce qu'il sait tout aussi bien que moi, que souvent les livres se font avec les livres, qu'on copie plus ou moins sans vérifier les assertions qui y sont émises. De ce que les anatomistes ou les anatomo-pathologistes voient un grand nombre d'une même altération de forme ou de nombre dans un organe quelconque, il ne s'ensuit pas que cette déviation du type normal soit commune ; en effet, l'eau va à la rivière ; on leur adresse de tous côtés des pièces rencontrées souvent sur des milliers, peut-être même des millions d'individus. D'ailleurs notre collègue n'a pas pu nous donner des chiffres. M. Lefort, au contraire, qui a pu en réunir de très-importants, trouve que sur un total de quatorze mille enfants on n'a pas rencontré un seul exemple de doigt surnuméraire, ces résultats rapprochés de ceux fournis par M. Danyau et par moi me semblent péremptoires ; ce qui ne m'empêchera

pas de modifier mon opinion le jour où on aura produit des statistiques venant appuyer celle de M. Trélat.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : — les journaux de la semaine, — le journal de médecine et de chirurgie pratiques.

— M. Guersant fait hommage à la Société du 1er fascicule de ses *Notices sur la chirurgie des enfants*.

— M. Verneuil présenté, au nom de M. le docteur Lanelongue, chef interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, une *Observation avec quelques considérations pour servir à l'histoire de l'Œsophagotomie interne*. — Commissaires : MM. Follin, Verneuil, Giraldès.

Déclaration de vacance.

M. le président annonce que, sur l'avis unanime des membres du bureau, une place de membre titulaire est déclarée vacante.

Dans un mois une commission sera nommée pour examiner les titres des candidats qui auront fait une demande écrite.

ÉLECTION.

Un scrutin est ouvert pour la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de noms dans laquelle la Société aura à choisir un associé étranger pour remplir la place devenue vacante par la mort récente de Valentin Mott.

Cette commission se trouve composée de MM. Velpeau, Follin, Giraldès et Verneuil.

COMMUNICATION.

Des luxations anciennes.

M. VERNEUIL. L'hôpital Lariboisière est un théâtre riche en cas traumatiques ; on y observe entre autres les luxations en abondance. Parmi celles que j'ai été appelé à traiter, je signalerai sommairement quelques cas qui ont plus particulièrement attiré mon attention.

1° Un petit homme brun, maigre, chétif en apparence, se présenta récemment pour se faire réduire une luxation de l'épaule droite récente, mais qui en était à sa dixième récidive. Le malade m'annonça que, sauf dans deux circonstances, il avait toujours fallu recourir au chloroforme pour obtenir la réduction. J'avais peine à croire que des muscles si faibles pussent opposer une si grande résistance, mais dans la tentative que je fis je pus m'assurer que la contractilité musculaire était d'une intensité peu commune. J'employai donc l'anesthésie qui

permit la rentrée de la tête au moindre effort. La luxation était sous-coracoïdienne.

2° et 3°. Il y a huit jours environ, je trouvai le même matin, et à quelques lits de distance, deux luxations récentes. L'une chez un homme de cinquante-cinq ans, peu musclé et très-pusillanime. Le bras faisait avec le tronc un angle droit. La tête était si loin de l'omoplate que les dénominations usuelles sous-coracoïdienne, intra-coracoïdienne, sous-glénoïdienne, etc., ne convenaient guère, et que le nom de luxation *intercostale* aurait mieux convenu avec cette restriction, que les côtes n'étaient point brisées comme dans le cas qui a donné naissance à cette appellation.

Un déplacement aussi étendu de la tête implique une déchirure presque totale de la capsule, et des délabrements considérales. Le chloroforme me sembla superflu. Je fis donc faire sur le bras une traction lente pendant que j'attirai directement en dehors et en haut l'extrémité supérieure de l'humérus. Au bout de quelques minutes, et sans grande douleur, la tête se replaça *sans bruit*. A la vérité, la crainte plus que la souffrance provoqua une syncope presque complète, qui favorisa beaucoup les manœuvres et mit les muscles en résolution complète, comme l'atteste l'absence du choc caractéristique. Au reste, quelques semaines auparavant, j'avais observé déjà cette syncope chez un homme de quarante ans, très-vigoureux, atteint de luxation sous-coracoïdienne datant de deux jours. Il était assis sur une chaise, et j'essayais les procédés de douceur. Les muscles tenaient bon, et j'aurais échoué, lorsque je vis la face pâlir et se couvrir de sueur. Quelques instants après la tête chancela et les yeux se fermèrent. Une traction très-médiocre et l'application de mon avant-bras sous l'aisselle effectuèrent la réduction aussitôt.

J'ai été frappé de la production si facile de la syncope dans deux cas où les manœuvres, très-doucement conduites, n'excitaient réellement que des douleurs médiocres. N'y aurait-il pas une prédisposition semblable chez les malheureux qui ont succombé au chloroforme dans des cas de luxation simple de l'épaule?

Le second malade, très-robuste, et dans la force de l'âge, présentait une luxation plus rare. La tête était déplacée en arrière. Sa position était intermédiaire à celles qu'on observe dans la luxation sous-épineuse et dans la luxation sous-acromiale. Un choc direct exercé sur le coude, le bras étant fléchi et élevé à angle droit, avait poussé la tête à travers la partie postérieure de la capsule, la réduction fut facile à l'aide du chloroforme. Cette observation sera publiée dans ses détails.

4° et 5°. Deux fois j'ai eu affaire à des luxations un peu ancien-

nes. Un homme, des environs de Fontainebleau, avait eu l'épaule démise dans une chute, un rebouteur avait déclaré qu'il n'y avait rien. Au quinzième jour, un médecin fut consulté et reconnut la lésion. Il fit sans succès une tentative de réduction. Le malade entra à l'hôpital, et nous opérâmes à notre tour le dix-huitième jour. J'employai d'emblée le chloroforme et les moufles qui me paraissent plus sûres et plus faciles à graduer que la force des aides. La réduction fut obtenue sans qu'il fût besoin d'atteindre cent kilogrammes.

Je ne fus pas aussi heureux dans le second cas. Un homme des environs de Beauvais, robuste, de haute taille, âgé de quarante ans environ, fit, le 7 juillet, une chute sur la partie postérieure et externe de l'épaule. Un gonflement énorme survenu en quelques heures empêcha, paraît-il, de reconnaître le déplacement. Les mouvements s'exécutaient avec douleur, mais cependant dans une certaine étendue. Le malade affirme qu'ils s'accompagnaient de craquements forts et continus.

Au bout de quinze jours de tentatives de réduction, l'épaule reprend à peu près sa forme. On applique un coussin dans l'aisselle et un bandage, et tout paraît en bon état. On supprime trop tôt la contention et la difformité se reproduit. Le 11 septembre, nouvelle tentative avec des moufles, mais sans chloroforme, le malade n'ayant pas voulu l'accepter.

Entré à Lariboisière le 15, le 17 je me mets en devoir de réduire la luxation qui me parut intra-coracoïdienne.

Chloroforme jusqu'à résolution complète, usage des moufles, traction jusqu'à 150 kilos, insuccès. La tête, sous l'influence des tractions, paraît reprendre *à peu près* sa position, mais l'effort cessant elle retombe; nouvel essai le surlendemain. Je pousse jusqu'à près de 200 kilos, mais je m'arrête devant les mêmes résultats.

J'ignore quelles causes ont empêché la réussite. Mais le déplacement si facile de la tête, ces quasi réductions instables, la crépitation si manifeste du début, m'ont fait croire qu'il s'agissait peut-être d'une fracture concomitante de la cavité glénoïde. Dans tous les cas, comme les douleurs étaient inouïes, qu'il s'agissait du bras gauche, et que la mobilité du membre s'effectuait d'ailleurs dans une assez grande étendue, je crus prudent de m'en tenir là.

Deux luxations doubles du maxillaire inférieur survenues dans le bâillement, chez deux femmes âgées de quarante ans environ. Le diagnostic n'offrait aucune difficulté. On sentait très-distinctement sous la peau la saillie des apophyses coronoïdes; dans les deux cas, l'accident datait de quelques heures, et les douleurs étaient assez modérées. Des tentatives de réduction avaient été faites, mais sans résultats. Je

réussis sans la moindre difficulté par le procédé suivant : mes deux pouces garnis de linge furent introduits dans la bouche aussi profondément que possible, de manière à atteindre la commissure intermaxillaire. Les autres doigts de chaque main étreignaient les branches horizontales.

Je cherchai dès lors à faire basculer la mâchoire en pressant directement en bas avec la pulpe des pouces et en relevant la symphyse avec les doigts annulaires et auriculaires. La manœuvre réussit à l'instant : dans le premier cas les deux condyles rentrèrent en même temps; dans le second, on entendit deux chocs distincts, à deux ou trois secondes d'intervalle.

La réduction fut donc très-aisée et ne provoqua véritablement point de douleur. La pression des pouces fut seulement un peu pénible chez une malade dont les dents cariées et branlantes étaient douloureuses au moindre attouchement; pour que la manœuvre réussisse, il faut que les pouces soient très-profondément situés. Il est bon aussi de faire croire aux malades qu'on veut seulement les examiner et non pas tenter la réduction. Ils ouvrent alors la bouche de leur mieux et n'opposent aucune résistance instinctive. Il est probable qu'on rencontrerait plus de difficultés si les luxations dataient de plusieurs jours.

Si, dans le plus grand nombre des cas, j'ai obtenu des succès faciles (je passe sous silence les réductions de plusieurs autres luxations de l'épaule, du coude, etc.), en revanche, j'ai eu tout récemment un revers bien fâcheux. L'observation complète sera publiée en raison de l'intérêt réel qui s'attache à la forme du déplacement, à l'âge du malade, etc. Je n'en dirai donc que quelques mots.

Il s'agit d'un vieillard de quatre-vingt-un ans, qui, roulé par une voiture, fut contusionné en plusieurs endroits. A son entrée à l'hôpital, M. Farabeuf, interne du service, reconnut avec sagacité une luxation sus-pubienne. Je tentai la réduction le lendemain de l'accident, et j'employai la flexion combinée avec la rotation en dedans avec l'aide du chloroforme. Plusieurs tentatives restèrent infructueuses. J'en fis une dernière à *moi seul,* le bassin étant seulement fixé par des aides, et j'eus la douleur d'entendre un craquement sec qui m'annonça que je venais de fracturer le col du fémur. Le malade est actuellement dans la gouttière de Bonnet. Aucune complication n'est survenue jusqu'à ce jour; mais je m'engage à entretenir la société des suites de cet accident qui a été observé déjà par Astley Cooper, et Lisfranc.

M. LARREY. Je ne sais pas jusqu'à quel point M. Verneuil est bien véritablement l'auteur de la fracture; je suis porté à croire que, chez

son malade, il existait déjà, au moment des tentatives de réduction, une fracture incomplète compliquant la luxation.

M. HERVEZ. Pour rassurer un peu M. Verneuil sur le pronostic de l'accident qui lui est arrivé, je lui rappellerai que j'ai, il y a déjà quelque temps, communiqué à la Société l'observation d'une dame âgée, chez laquelle M. Nélaton et moi avions pu constater les signes d'une luxation coxo-fémorale compliquée de fracture. Nous n'avons rien fait, et aujourd'hui la malade va si bien, qu'elle monte et descend les escaliers.

M. DOLBEAU. Je crains que le procédé de réduction auquel a eu recours M. Verneuil n'ait pas été tout à fait étranger au résultat obtenu. En effet, si personne ne peut nier l'utilité de la rotation pour la réduction des luxations iliaques, je crois qu'il n'en est plus de même pour les luxations sus-pubiennes. En employant ce procédé dans ces dernières, on s'expose presque sûrement à produire une fracture, à cause de la longueur considérable du bras de levier qu'on emploie pour agir sur la tête fémorale. Au contraire, je ne vois aucun inconvénient inhérent à la traction en bas, autrement dit l'extension. A l'appui de cette opinion, M. Verneuil peut se rappeler le fait que nous avons observé ensemble à l'hôpital Saint-Louis.

M. VELPEAU. Je ne sais pas si dans le cas particulier de M. Verneuil il faut s'arrêter à l'explication de M. Larrey, mais évidemment les choses se passent souvent ainsi. La séparation des fragments qui n'avait pas eu lieu d'abord se fait quelques jours plus tard. Dans ces cas, les fragments étaient restés comme engrenés.

Je me souviens d'avoir vu quelque chose d'analogue chez un parent de M. Becquerel. Nous avions trouvé, comme signes de fracture, la rotation de la pointe du pied en dehors, un très-léger raccourcissement, mais rien autre chose. Malgré nos recommandations, le malade voulut se lever le 5e jour; or il faillit tomber à terre par suite de l'achèvement de la fracture d'abord incomplète. Ce qui m'empêcherait d'admettre cette explication d'une fracture préalable dans le fait de M. Verneuil, c'est que les efforts de réduction ont été répétés plusieurs fois et que les premières tentatives n'ont pas produit de fracture. C'est une chose à revoir.

M. CHASSAIGNAC. Les signes énoncés par M. Verneuil sont trop positifs, pour que je veuille révoquer en doute chez son malade l'existence d'une luxation sus-pubienne; cependant je ne puis m'empêcher d'exprimer l'étonnement que me cause ce fait, attendu que j'ai toujours lu et entendu dire qu'après 70 ans on ne se luxait plus la cuisse, mais qu'on se fracturait le col du fémur. Pour ma part, je n'ai jamais vu d'exemple de cette luxation chez des sujets aussi âgés. En ter-

minant, je dirai que j'ai eu l'occasion de réduire avec succès, par le procédé dit *du talon*, un certain nombre de luxations de l'épaule déjà anciennes; l'emploi du chloroforme, dans ces cas, m'a fait voir que les obstacles autres que la contraction musculaire étaient imaginaires. Grâce au chloroforme, je n'ai jamais rencontré de difficultés insurmontables.

M. VERNEUIL. Le col était-il fêlé quand je commençai mes tentatives de réduction ? Je n'en sais rien; mais je crois être sûr d'avoir produit la fracture, et cela précisément pour les motifs qu'a fait valoir M. Velpeau.

Le fait cité par M. Hervez de Chégoin me fait un très-grand plaisir, puisqu'il me permet d'espérer la guérison complète de mon pauvre malade, je ne sais trop par quel mécanisme, mais enfin l'essentiel serait évidemment qu'il guérît.

J'admets avec M. Dolbeau les reproches qu'on peut adresser au procédé de réduction par rotation, et, à la prochaine occasion, je serais tout disposé à recourir plutôt à l'extension.

M. VELPEAU. Tout ce qui vient d'être dit, tant par M. Verneuil que par M. Hervez, me semble digne d'une très-grande attention. En effet, dans le cas de M. Hervez, on voit chez une femme de 79 ans une luxation coxo-fémorale compliquée de fracture du col, abandonnée sans aucune tentative de réduction, guérir d'une manière assez complète pour que la malade ait pu retrouver les fonctions de son membre. Or il y a 30 ans au moins que j'ai été frappé du peu d'inconvénients qui résultait de l'abandon d'une luxation de l'épaule; par exemple, j'avais vu déjà à cette époque des faits de ce genre dans lesquels la plupart des fonctions du membre s'étaient rétablies.

C'est ce qui s'est passé, par exemple, chez une femme qui s'était luxé l'épaule en tombant sur les marches de Saint-Sulpice. Quinze ans après l'accident, les fonctions du membre étaient presque complètes et intactes. Pour cette raison, je me demande si, dans les cas où il y a des dangers à faire courir par les tentatives de réduction, à cause de l'âge du sujet, des complications ou de l'ancienneté de l'accident, je me demande s'il ne vaudrait pas mieux ne pas toucher au membre luxé. Ce qui ne veut pas dire que je n'aie jamais tenté des réductions dans ces conditions défavorables; j'ai même réussi quelquefois.

D'ailleurs, les autopsies nous montrent que dans ces cas de luxations anciennes non réduites la nature fait de nouvelles surfaces articulaires. Je me rappelle, entre autres, un exemple de luxation de l'épaule dans lequel il existait deux cavités glénoïdes, l'une qui correspondait à la cavité primitive et normale, l'autre qui s'était formée

depuis le déplacement de la tête humérale. De telle sorte que, je le répète, je suis très-disposé à ne pas toucher aux luxations anciennes pour peu que les tentatives de réduction me semblent présenter quelque danger pour le malade.

M. RICHET. C'est à propos de la luxation de l'humérus que je voudrais dire quelques mots. Il a semblé à M. Verneuil que la tête de l'os n'était pas rentrée dans sa cavité. Je le crois d'autant plus volontiers que, dans ces cas de luxations anciennes, la cavité disparaît. C'est au moins ce que j'ai vu chez un malade de l'hôpital Saint-Louis, chez lequel je suis parvenu à refaire une cavité glénoïde par une sorte de *taraudage* au moyen de la tête humérale, grâce à des manœuvres répétées chaque jour.

Je ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac, qui rapporte à l'action musculaire les difficultés de réduction dans les luxations anciennes. Non, cela tient le plus souvent aux adhérences nombreuses et solides qui se sont produites, et l'action du chloroforme ne peut annihiler ces difficultés.

Un malade, qui s'est présenté dernièrement à la Pitié avec une luxation intra-coracoïdienne ancienne (quatre mois), m'en a encore fourni une nouvelle preuve. En effet, malgré le chloroforme et l'emploi, au moyen de moufles, d'une force de 300 kilogrammes, il a été impossible d'opérer la réduction. Le bras est atrophié et privé de la plupart de ses fonctions.

Aussi, je ne saurais partager l'optimisme de mon illustre maître M. Velpeau sur les conséquences des luxations non réduites. Au malade de la Pitié qui depuis sept mois ne peut plus du tout se servir de son membre, j'en ajouterai un autre qui est resté estropié parce qu'on a laissé passer inaperçue une luxation ischiatique qu'on avait prise pour une fracture et placée pendant six semaines dans un appareil. Ce malheureux a le membre dans un état de flexion qui ne lui permet plus de marcher qu'avec un béquillon.

Maintenant j'ajouterai que, pour les accidents dus aux tentatives de réduction, je n'en ai jamais eu à déplorer. Cela tient peut-être à ce que je n'emploie pas d'efforts trop grands.

M. VERNEUIL. Je pense que dans le cas cité par moi la cavité articulaire n'avait pu disparaître, car la luxation ne datait que de deux mois.

M. CHASSAIGNAC. Je voudrais surtout rétablir la question telle que l'a posée M. Velpeau dont je partage la manière de voir. Il n'a pas dit qu'on doit *toujours* renoncer aux tentatives de réduction dans *toutes* les luxations anciennes, mais seulement dans les cas où ces tentatives peuvent faire courir des dangers aux malades, à cause de

leur âge, de l'ancienneté de l'accident ou des complications qui accompagnent la luxation.

Quant à l'idée de *tarauder* un os avec un autre os pour former dans le premier une cavité articulaire nouvelle, elle me paraît tellement en opposition avec les données de la physiologie que je ne saurais trop m'élever contre elle. Émise par Pravaz, cette idée de *taraudage* est complétement fausse. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent; on ne fabrique point ainsi de nouvelles cavités articulaires; il faut pour cela des années, ou tout au moins des mois; ces cavités articulaires nouvelles se font par l'ossification d'exsudats plastiques qui se déposent autour du point anormal occupé par la tête de l'os déplacé.

M. VELPEAU. Comme l'a remarqué M. Chassaignac, je n'ai dit que ceci : Quand tout indique qu'on a chance de produire des accidents par les tentatives de réduction, cela me fait mettre en question l'opportunité de ces manœuvres. Maintenant, je dois ajouter que par luxations anciennes je ne veux parler que de celles qui datent au moins de quatre mois. Mais, je le répète, quand l'accident remonte à plus de quatre ou cinq mois, qu'il y a des roideurs plus ou moins considérables dues à des adhérences nombreuses et solides, quand aussi, comme nous le montre l'anatomie pathologique, la cavité articulaire a dû disparaître, comme après cinq, six ou sept mois, il est rarement prudent, et encore moins utile, de faire des tentatives de réduction.

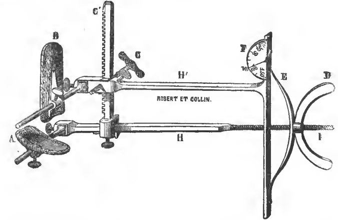
M. RICHET. Du moment où M. Velpeau précise comme il vient de le faire, je suis entièrement de son avis. Je n'ai jamais essayé de réduire les luxations anciennes datant de plus de quatre ou cinq mois. Après ce temps les modifications organiques survenues dans les os déplacés, ou autour d'eux, rendent toute intervention chirurgicale illusoire ou impossible.

Quant à M. Chassaignac, qui me reproche d'avoir donné trop d'extension à ses paroles, je lui retournerai l'argument pour ce qu'il vient de dire du mot *tarauder*. Je n'ai pas voulu donner à ce mot d'autre sens que celui de mouvements de rotation imprimés à la tête articulaire déplacée pour refouler les obstacles qui s'opposent à sa rentrée dans la cavité glénoïde; je n'ai point eu la prétention de créer des cavités nouvelles. D'ailleurs je ne crois pas avoir exagéré le sens des paroles de M. Chassaignac. En effet, notre collègue réduit, par le procédé du talon, des luxations datant déjà de deux mois. Or il est évident qu'à cette époque et bien plus tôt, au bout de quinze à vingt jours quelquefois, des adhérences se sont déjà produites, et ce sont bien elles, plus que les muscles, qui mettent obstacle à la réduction,

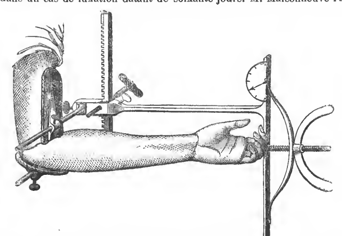
à plus forte raison s'il s'agit de luxations de quatre à cinq mois. Aussi suis-je arrivé à cette pratique : de n'employer que très-peu le chloroforme pour la réduction des luxations anciennes.

Présentation d'appareil pour la réduction des luxations du coude.

M. DOLBEAU présente un appareil destiné à réduire certaines



luxations du coude. Il l'a employé une fois à la Clinique avec succès dans un cas de luxation datant de soixante jours. M. Maisonneuve l'a



également utilisé dans une luxation de cinq semaines. En voici la

description et la figure données par MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, qui en sont les inventeurs.

Il est constitué par deux plaques rembourrées, dont l'une A s'applique sur l'olécrâne dans les luxations du coude, et l'autre B, sur la partie antérieure et inférieure de l'humérus.

Ces plaques mobiles auxquelles on imprime une direction déterminée sont articulées sur deux forts montants qui forment angle droit avec la partie active de l'appareil. Cette dernière partie est constituée par deux branches solides H et H' parallèlement assemblées, qui se mobilisent l'une sur l'autre au moyen d'un système de vis I C et de crémaillère, de manière que le mouvement communiqué ramène en contact les parties osseuses déplacées.

Un dynamomètre E F placé sur l'instrument indique la force déployée, de manière à ne pas dépasser les bornes de la prudence.

La séance est levée à cinq heures quarante-cinq minutes.

Le Secrétaire annuel, Hip. Blot.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de la semaine, — le *Bulletin général de thérapeutique*.

M. le docteur Brun-Séchaud (de Limoges) adresse à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant une observation de luxation costo-iliaque réduite à l'aide des doses hyposthénisantes d'alcool. Commissaires, MM. Verneuil, Foucher, Larrey.

M. le président de la Société des sciences médicales du grand-duché de Luxembourg adresse le bulletin de cette société.

M. Després fait hommage à la Société de la première partie du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, qu'il vient de publier en collaboration avec M. le docteur Bouchut. La société adresse des remercîments aux auteurs.

M. Larry présente, dela part du docteur Necker, les premiers fascicules du deuxième volume de ses études ophthalmologiques.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. DOLBEAU met sous les yeux de la Société un appareil avec lequel il a réduit, à l'Hôtel-Dieu, une luxation de l'épaule datant de vingt-quatre jours, et cela sans employer le chloroforme. Cet instrument imaginé par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie est basé sur le même principe que celui de la pince à réduire les luxations des doigts qu'il a soumise à l'examen de l'Académie de médecine le 11 janvier 1864. Construit sur une plus grande échelle, il donne, au moyen d'un mécanisme à roue d'engrenage, une force d'extension et de contre-extension progressive, constante et sans secousses.

Un dynamomètre, placé sur la manivelle, indique la force de traction par kilo. Une fois fixé sur le membre, l'opérateur le fait manœuvrer sans le secours d'aucun aide. Cet instrument est construit sur le même principe que celui de Jarvis.

M. Dolbeau a soin de faire observer, en terminant, qu'il ne voudrait pas qu'on le crût partisan quand même des appareils pour la réduction des luxations. Suivant lui, les mains suffisent et sont même préférables le plus ordinairement. Mais il est pourtant des cas, surtout dans les luxations anciennes, où les appareils peuvent rendre de très-grands services.

LECTURE.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique avec rupture dans la région latérale du cou.

M. GAUJOT, agrégé à l'École impériale du Val-de-Grâce, lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national, un travail sur ce sujet.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lefort, Perrin et Verneuil.

COMMUNICATION.

M. LÉON LABBÉ. Je demande la parole pour entretenir la Société d'un malade que j'ai eu l'honneur de mettre sous ses yeux, il y a deux mois environ. Il s'agit d'un individu atteint d'un anévrysme faux consécutif du pli du coude. La tumeur était très-volumineuse, et lorsque je soumis le malade à l'examen de la Société, j'émis cette opinion que l'on serait peut-être amené à pratiquer l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts de l'artère. M. Broca pensa qu'il serait sage de continuer pendant quelque temps l'emploi de la glace appliquée sur la tumeur. Ce moyen fut mis en usage pendant trois semaines environ, sans amener aucune modification. M. Velpeau, que je remplaçais à la Charité, reprit alors son service; il tenta sans résultat la com-

pression digitale, puis pratiqua deux ou trois injections avec le perchlorure de fer, sans obtenir la solidification de la tumeur. Puis bientôt la tumeur augmenta de volume assez subitement; la poche devint rouge, enflammée, et cet état fit prendre à M. Velpeau un parti définitif. Il pratiqua l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts de l'artère. L'opération a été pratiquée il y a trois semaines environ, et aujourd'hui il ne reste plus qu'une plaie petite et assez superficielle.

M. VELPEAU. J'ajouterai quelques détails pour compléter la communication de M. Labbé. Quand je repris mon service, j'examinai avec grand soin le malade en question. Or, les deux signes principaux des anévrismes manquaient dans la tumeur; d'abord il n'y existait pas de battement, de plus, le bruit du souffle caractéristique y était tellement faible, qu'on ne pouvait le percevoir qu'avec la plus grande difficulté et dans un seul point, sur le côté radial. En sorte que je me demandais si l'on n'était pas en droit d'espérer un commencement de guérison spontanée.

Pendant une douzaine de jours les choses restèrent dans cet état. Mais dans l'espace d'une nuit, le volume de la tumeur augmenta notablement, le bruissement devint beaucoup plus intense. Alors je tentai l'injection d'un peu de perchlorure de fer dans quelques bosselures qui s'étaient développées çà et là. Une première injection, faite dans l'une de ces bosselures, resta à peu près sans aucun autre effet qu'un léger durcissement. Une deuxième injection dans une autre bosselure eut le même résultat.

J'oubliais de dire que pendant quelques jours on avait essayé sans succès de la compression digitale et indirecte. Les choses en étaient-là, quand tout à coup, une nuit, à la suite de mouvements intempestifs, la tumeur doubla de volume, et du sang s'infiltra dans les régions voisines. Le lendemain un peu de mieux se manifesta, et je temporisai quelques jours encore. Alors, l'inflammation s'empara de la tumeur. Je me décidai alors à recourir au traitement ancien. J'ouvris largement le sac par une incision curviligne, afin de me ménager une large ouverture. Les parois étaient épaisses, un énorme caillot remplissait complétement le sac qui ne contenait pas du tout de sang liquide. Il fallait trouver l'artère. Or, ce ne fut pas chose facile. On ne voyait aucune ouverture vasculaire bien nette sur ces parois épaissies et à surface anfractueuse. Enfin, à force de recherches, nous parvînmes à trouver l'artère blessée : c'était la radiale, au niveau du pli du bras.

Aucun accident ne survint après l'opération. Aujourd'hui la plaie est simple, régulière et bourgeonnante; il ne me semble pas douteux que le malade ne guérisse.

Or, ce qu'il y a de curieux dans cet anévrisme, c'est la distance assez considérable qui séparait la tumeur de la blessure artérielle, laquelle était séparée de la poche anévrismale par toute l'épaisseur de la masse musculaire supérieure et externe de l'avant-bras. Cette disposition qui, je crois, n'a pas encore été décrite, me paraît expliquer d'une manière satisfaisante l'absence des deux signes principaux des anévrismes, les battements et le souffle.

M. CHASSAIGNAC. Ce fait me paraît excessivement curieux et intéressant, tant à cause des particularités symptomatiques de la maladie qu'à cause de la marche qu'elle a suivie. Cet anévrisme semblait se guérir de lui-même à cause des rapports particuliers du sac avec la blessure de l'artère. Je demanderai à M. Velpeau si dans ce cas il n'y avait pas quelque anomalie artérielle.

M. VELPEAU. Il n'y avait pas d'anomalie artérielle. Je ferai de plus remarquer à M. Chassaignac qu'il n'y avait pas la moindre tendance à la guérison spontanée. Seulement il existait une sorte de barrage entre la blessure artérielle et le point où le sac anévrismal s'était développé. Le sang s'était frayé un chemin à travers les muscles pour s'accumuler ensuite à une certaine distance au-dessous de la blessure du vaisseau; en sorte qu'il n'est pas exact de dire que l'anévrisme se traitait pour ainsi dire lui-même par la compression, car celle-ci ne s'exerçait pas sur la partie de la radiale supérieure à la tumeur, mais bien sur la portion sous-jacente.

M. BROCA. Je ne connais pas non plus d'anévrisme *traumatique* analogue à celui dont vient de parler M. Velpeau et qui constitue une sorte d'*anévrisme par congestion*, mais Donald Mouro a rapporté un exemple d'anévrisme *spontané* qui offrait cette disposition; c'était un anévrisme de l'artère humérale. A travers un petit pertuis, le sang s'était frayé un passage et était allé former une espèce de boudin herniaire jusqu'au milieu du bras, très-loin au-dessous de la rupture artérielle.

M. LABBÉ rappelle que quand le malade a été présenté à la Société de chirurgie, la tumeur n'offrait pas de battement, mais qu'on y trouvait un bruit de souffle évident sur le côté radial, comme ont pu le constater MM. Dolbeau et Verneuil.

La séance est levée à cinq heures un quart.

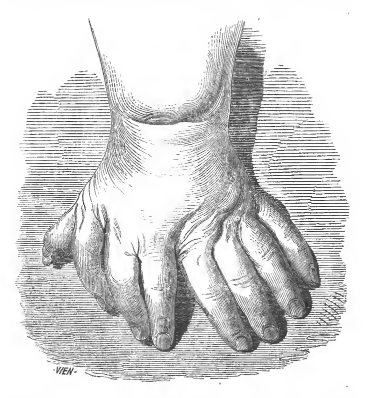
Le secrétaire annuel, Hip. BLOT.

SÉANCE DU 29 NOVEMARE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, **M. GIRALDÈS** présente un plâtre représentant la main droite d'un enfant de cinq mois, dans laquelle



on trouve huit doigts très-distincts et très-complets. Cette difformité semble résulter de la fusion de deux mains sur un avant-bras. On n'y trouve aucune trace de pouce. M. Giraldès est invité à faire représenter cette anomalie pour les Bulletins.

M. GUERSANT, qui a vu l'enfant dans le service de M. Giraldès, lui demande s'il n'a pas fait quelque opération à ce petit sujet.

M. GIRALDÈS répond qu'il a enlevé deux doigts. Le jeune enfant est sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Pravaz, de Lyon, deux moules en plâtre représentant des pieds qui ont chacun six orteils. Le même sujet avait un doigt surnuméraire à chaque main.

M. Verneuil ajoute qu'il a vu, à la campagne, un jeune enfant qui avait un doigt surnuméraire à chaque main et un orteil surnuméraire à chaque pied. Les sixièmes doigts n'étaient point gênants; il n'en était pas de même des orteils. Situés sur le bord externe du pied et s'en détachant à angle droit, ils gênaient beaucoup l'enfant qui ne pouvait que difficilement faire usage des chaussures ordinaires. L'un des orteils était réuni au cinquième métatarsien par une articulation complète, l'autre se continuait, sans ligne de démarcation, avec l'os qui lui servait de support. D'un côté, dit M. Verneuil, je désarticulai sans peine, de l'autre je divisai la phalange avec une pince de Liston tout près de son insertion.

M. Verneuil fait hommage à la Société d'un vice de conformation congénital moulé sur la main droite d'un adulte. Le carpe, les quatre derniers métacarpiens et les doigts correspondants avaient des proportions normales. Au contraire, le premier métacarpien et la première phalange du pouce ont une épaisseur énorme. La dernière phalange du pouce est bifurquée; la branche interne, beaucoup plus longue que l'autre, a la forme d'un doigt ordinaire, la branche externe rappelle au contraire l'extrémité d'un pouce normal. Ces deux branches semblent fusionnées, et il n'existait que des mouvements rudimentaires entre ces phalanges terminales et celle qui les supporte.

M. GIRALDÈS. Puisque l'occasion s'en présente, je dirai que j'ai eu, cette semaine, l'occasion de voir à l'hôpital un enfant de six ans avec un pouce double en forme de pince d'écrevisse. Il saisissait très-bien les objets avec cette pince.

Au reste, il vient d'être publié, sur toutes ces anomalies, un dernier livre très-bien fait de M. Annandale, qui a obtenu le prix Jacksonnien au collége des chirurgiens de Londres.

M. LARREY ajoute à ces diverses citations deux cas assez rares de polydactylie, publié dans les *Mémoires de médecine militaire*, de janvier 1865.

Le premier cas, dû à M. Boulian, qui l'a dessiné, représente un pouce surnuméraire de la main droite seulement, chez une jeune fille juive. Ce pouce peu développé du reste, quoique bien conformé, a été amputé par la méthode ovalaire; et la cicatrisation s'en est suivie:

mais le pouce normal n'a conservé que des mouvements bornés.

Le second cas rapporté par M. J. Vidal intéresse la main gauche d'un jeune indigène de Cochinchine. Le dessin montre un pouce normal en dehors duquel s'est développé, en s'articulant avec le même métacarpien, un pouce anormal plus long, terminé non par un ongle humain, mais par une griffe de carnivore et dirigé vers l'autre, comme une pince, quoique les mouvements distincts soient limités.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

La *Gazette médciale* de Strasbourg.

Le *Bulletin médical* du nord de la France.

Le *Journal de médecine* de Bordeaux.

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine* de Belgique.

— M. Broca fait hommage à la Société du premier volume de son *Traité des tumeurs*.

— M. Civiale adresse à la Société la lettre suivante :

Monsieur le président,

Je vous prie d'offrir à la Société impériale de chirurgie un opuscule que je viens de publier sur *le Morcellement des grosses pierres dans la cystotomie*.

Je me sers pour cette opération d'une tenette modifiée, avec laquelle la pierre est saisie et fixée comme à l'ordinaire. Si elle est trop volumineuse pour passer par la plaie ou trop dure pour être écrasée, un appareil construit sur le modèle du foret lithotriteur, est ajusté aux branches de la tenette et la pierre est désagrégée ou réduite en éclats.

Cet appareil, tenu en réserve pendant le premier temps de la manœuvre , s'adapte facilement à la tenette, sans rien changer à sa position, sans que la pierre saisie soit lâchée. Lorsque la pierre est brisée on la retire sans difficulté, et l'opération s'achève avec la même tenette.

Le premier modèle de cet instrument remonte à 1827.

Dix-huit calculeux ont été traités par ce nouveau procédé.

— M. Gaillard de Poitiers, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

Dans un opuscule présenté à l'Académie de médecine, il y a plus d'une année (*Étude sur la contraction musculaire et les luxations*), j'ai développé les idées qui viennent de se produire devant la Société :

« Que la contraction musculaire était de sa nature un phénomène

passager, de vingt-cinq à trente minutes de durée ; qu'elle ne pouvait être regardée comme un obstacle considérable à la réduction des luxations ; que, dès lors, les tractions puissantes et l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution n'étaient pas nécessaires; que les adhérences fibreuses étaient la grande difficulté de ces opérations, et des rotations persévérantes le moyen de détruire les adhérences. »

— M. Larrey présente, au nom de M. Didiot, médecin principal de l'armée, la *Relation médico-chirurgicale de l'expédition de Cochinchine* en 1861-1862.

— M. Trélat présente, au nom de M. Delore, de Lyon, la liste de ses titres à la place de membre correspondant, avec une série de brochures.

— M. de Saint-Germain écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire, déclarée vacante.

— M. Forget s'excuse, pour cause de maladie, de ne pouvoir assister à la séance.

COMMUNICATION.

Anévrysme faux primitif de l'artère fémorale. — Ligature par la méthode d'Anel. — Ouverture spontanée du sac. — Guérison.

M. NOTTA (de Lisieux), membre correspondant, lit l'observation suivante sur ce sujet.

B..., cultivateur, âgé de cinquante ans, maigre mais bien portant, reçoit, le 20 mai 1865, un coup de pied de cheval à la partie interne de la cuisse droite, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. Immédiatement une tumeur grosse comme le poing se développe au niveau du point contus ; le blessé éprouve au bout de dix minutes un commencement de syncope, puis il se remet, et on le reporte chez lui, à trois lieues de Lisieux.

Le lendemain, le docteur Levillain, qui avait été appelé au moment de l'accident, revoit le malade. Il trouve la tumeur peu douloureuse, sans battement. Il constate des battements dans la tibiale postérieure et sur le trajet de la pédieuse. (Repos au lit, application de vessies remplies de glace sur la tumeur.) Les jours suivants, état stationnaire.

Le 24 mai, le malade, en faisant un effort dans son lit pour se placer sur le plat-bassin, ressent une très-vive douleur dans la cuisse, et la tumeur double de volume en quelques instants. Le docteur Levillain, appelé de nouveau, cherche les battements de la tibiale et de la pédieuse et ne les retrouve plus. (On continue les applications de glace.)

Le 26 : de l'œdème se manifeste à la jambe et à la cuisse. La

tumeur paraît augmenter de volume, et la partie moyenne est plus ramollie.

Le 28 : je vois le malade pour la première fois. Il est apyrétique, pouls régulier, bruits et battements du cœur normaux ; toutes les fonctions se font régulièrement. La cuisse droite est énormément tuméfiée; à sa partie interne est une tumeur qui a bien trois fois le volume du poing, livide et présentant dans les parties déclives des plaques noirâtres, traces évidentes du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané. A sa partie la plus saillante se remarque une excoriation parcheminée, trace de la pince du fer du cheval. Cette tumeur est mal circonscrite et se fond sur ses bords d'une manière insensible avec la tuméfaction générale de la cuisse. Son pourtour est dur, au centre on perçoit une sensation de fluctuation. Elle est le siége de battements et de mouvements d'expansion isochrones aux battements du pouls. Lorsqu'on comprime l'artère fémorale, ces battements cessent, la tumeur diminue de volume d'une façon appréciable, mais cette diminution n'est pas aussi marquée qu'on aurait pu le croire tout d'abord. A l'auscultation, on entend un bruit de souffle très-manifeste, correspondant à la diastole artérielle et au mouvement d'expansion de la tumeur. Si on applique le stéthoscope sur l'artère fémorale, au niveau de l'arcade crurale, on entend le même bruit de souffle, et même plus fort et plus rude qu'au centre de la tumeur. Si on ausculte le même point de la fémorale du membre sain, on n'entend pas ce bruit de souffle.

Peu douloureuse à la pression, cette tumeur a été le siége de douleurs spontanées qui, très-vives le 24, ont été en diminuant, et aujourd'hui elles sont presque nulles. Le genou est tuméfié. La rotule soulevée par un épanchement de liquide qui ne communique pas avec la tumeur. La jambe est œdématiée, sa température à la main paraît semblable à celle de la jambe saine. Il est impossible de retrouver les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure.

Le 29, avec le bon et loyal concours des docteurs Quesnel, Levillain et Loutain, je pratique la ligature de la fémorale au niveau du sommet du triangle de Scarpa, l'incision empiète un peu sur la circonférence de la base de la tumeur. Le tissu cellulaire qui environne les muscles est infiltré de sang, néanmoins l'opération se fait facilement ; le vaisseau est mis à nu, dénudé dans une petite étendue, cinq millimètres environ. Il nous paraît très-sain. Une forte ligature est appliquée, un des chefs coupé au ras du nœud, l'autre est fixé hors de la plaie. Une tente de charpie cératée, de quinze millimètres de large, empêche la réunion par première intention, depuis le vaisseau jusqu'à la peau. Le reste de la plaie est réuni par des points de

suture entortillée. (Cataplasmes légèrement tièdes sur la tumeur, bouteilles chaudes autour du membre.)

Le 31 : le jour de l'opération, le malade a eu de très-vives douleurs dans le membre, de l'agitation pendant la nuit. Même état le lendemain. Délire qui cède à l'emploi d'une potion fortement opiacée.

Aujourd'hui, le malade est calme, apyrétique, il accuse encore un peu de douleur dans le membre. La plaie de la ligature suppure, le pus est de bonne nature. Il n'y a pas de réunion au niveau des points de suture. La jambe est chaude, œdématiée. La tumeur formée par l'anévrysme, présente des parties dures, d'autres fluctuantes; elle paraît avoir diminué ; on n'y sent aucun battement ; à son centre, la petite eschare, formée par la pince de fer du cheval, commence à se détacher. (Cataplasmes froids arrosés d'extrait de saturne sur la tumeur ; pansement de la plaie de la ligature avec de la charpie trempée dans de la teinture alcoolique de feuilles de noyer.)

Le 3 juin, même état que le 31. En auscultant l'artère fémorale au pli de l'aine, on ne retrouve plus le bruit de souffle.

Le 7, apyrexie; la plaie de l'artère est belle, la tumeur est moins fluctuante, elle diminue ; l'eschare placée à son sommet est tombée, et au fond de la plaie on trouve un caillot noir de 7 à 8 millimètres de diamètre. Un peu de sérosité sanguinolente s'écoule par cette plaie. La jambe est couchée sur son côté externe, et le long du péroné, où la pression du membre est la plus forte sur les coussins, on remarque une bande sphacelée de 3 centimètres de large et de 15 à 20 centimètres de long. Nous changeons le membre de position, et nous recommandons de veiller à ce que la jambe ne porte pas longtemps sur le coussin au niveau des mêmes points. (On cesse les cataplasmes, compresses trempées dans de l'alcool sur la tumeur anévrysmale.)

Le 21, la ligature de l'artère est tombée hier, la plaie est presque entièrement cicatrisée.

L'eschare de la jambe s'est détachée, elle comprend toute l'épaisseur de la peau, le tendon du long péronier latéral est à nu, ainsi qu'une partie de ce muscle, le pied est moins enflé, la tumeur anévrysmale a diminué de près de moitié de son volume primitif. L'orifice de la plaie, qui existe à son centre, a au moins 15 millimètres de diamètre, et au fond, à une profondeur de 1 centimètre, on trouve toujours des caillots noirs. Il n'y a pas de suppuration, mais un suintement de sang noirâtre. La tumeur est encore un peu molle à son centre, on sent qu'elle doit encore renfermer du liquide. (Pansement des deux plaies avec de la charpie trempée dans de la teinture de

feuilles de noyer.) État général bon, appétit, digère bien, pas de fièvre.

Le 30, depuis trois jours la poche anévrysmale s'est affaissée. Il s'est écoulé par la plaie une grande quantité de sang noir mélangé de pus. En y introduisant le doigt, on arrive d'abord dans une grande cavité anfractueuse, sous-cutanée, puis on pénètre par un canal creusé dans les muscles, jusqu'au fémur qui n'est pas dénudé. Il y a un peu de gonflement dans le creux poplité. Je fais, suivant l'axe du membre, un large débridement de 10 centimètres de long, puis on panse cette vaste plaie avec de la charpie trempée dans de la teinture de feuilles de noyer ; une mèche imprégnée de la même liqueur est introduite dans le canal qui va jusqu'au fémur.

Le 10 juillet, le tendon du long péronier latéral s'exfolie, il est reséqué. La plaie anévrysmale est de belle apparence. Il y a cinq jours, un énorme caillot fibrineux, qui tapissait la cavité de l'anévrysme, s'est détaché et a été extrait de la plaie. Depuis, la suppuration a beaucoup diminué et la cicatrisation marche rapidement. État général excellent. Au commencement de septembre, les plaies étaient fermées et le malade put se lever.

Dans les premiers jours d'octobre, il commence à marcher et à s'appuyer sur son membre. Les mouvements des articulations sont bien libres. Il y a un peu d'œdème à la cheville du pied. Au niveau de l'anévrysme est une longue cicatrice déprimée, adhérente à l'os.

Cette observation offre plusieurs particularités importantes, sur lesquelles nous allons nous arrêter un instant.

D'abord le mode de formation de l'anévrysme n'est pas des plus communs. Un homme reçoit un coup de pied de cheval à la partie interne de la cuisse, toutes les parties molles, muscles et artère fémorale, comprises entre le fémur qui n'est pas fracturé et l'extrémité du fer sont divisées : la peau seule, grâce à son élasticité, est respectée, mais elle est en ce point tellement contusionnée, que plus tard elle sera frappée de sphacèle. Sans insister sur l'évolution de la tumeur que j'ai suffisamment décrite, j'arrive au point capital, c'est-à-dire au traitement.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, la tumeur était tellement volumineuse, elle s'accroissait si rapidement, et le membre était tellement tuméfié qu'il fallait agir et agir d'une façon à la fois prompte et efficace. Trois partis se présentaient à l'esprit :

1° La compression de l'artère dans l'aine; 2° l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts artériels; enfin la ligature de l'artère au-dessus de l'anévrysme par la méthode d'Anel.

La compression n'aurait pas pu être supportée par le malade. J'es-

sayai plusieurs fois de comprimer avec le doigt l'artère au pli de l'aine, et chaque fois le malade accusait une vive douleur. En outre, cette région était déjà infiltrée de sang, tuméfiée; or, dans de semblables conditions, la compression aurait infailliblement provoqué la gangrène des tissus, ou tout au moins leur inflammation suppurative. D'ailleurs, si les considérations précédentes ne me l'avaient pas fait rejeter, je ne l'aurais pas employée chez ce malade, non pas que je conteste à cette méthode une efficacité réelle, et même dans bon nombre de cas une supériorité marquée sur les autres moyens employés pour la guérison des anévrysmes; mais c'est que je la regarde comme tout à fait impraticable dans les campagnes. Lorsqu'on est à plusieurs lieues de son malade, qu'on ne peut le voir qu'à de rares intervalles, comment surveiller la compression, comment l'exercer d'une manière méthodique et intelligente, et je ne parle ici que de la compression à l'aide d'un compresseur mécanique, car on ne saurait songer un instant à la compression digitale.

La compression écartée, il ne restait plus que l'ouverture du sac, ou la ligature par la méthode d'Anel.

L'ouverture du sac nous parut ici formellement contre-indiquée. En effet, l'artère était située très-profondément, il fallait aller la chercher dans le point où elle contourne le fémur pour devenir postérieure. Était-on sûr de trouver les deux bouts du vaisseau dans cet immense foyer, au milieu de ces chairs meurtries ; ne s'exposait-on pas, dans ces recherches, à ouvrir la veine fémorale? Enfin, l'excoriation qui existait au sommet de la tumeur anévrysmale paraissait superficielle et rien n'autorisait à penser en ce moment que l'anévrysme dût nécessairement s'ouvrir en ce point. On se privait donc des chances possibles de résorption de la tumeur et on mettait au contact de l'air un foyer immense, infiltré de sang et dont l'inflammation pouvait rayonner au loin et amener la mort du malade.

La méthode d'Anel, à laquelle nous donnâmes la préférence, nous permettait d'éviter quelques-uns des dangers de la méthode ancienne, et les faits vinrent confirmer nos prévisions. Un commencement de résorption se fit, l'épanchement articulaire du genou disparut, et lorsque la cavité anévrysmale vint à s'ouvrir par suite de la chute de l'eschare, et que nous fûmes obligé d'inciser la poche de l'anévrysme la tumeur avait déjà beaucoup diminué de volume, ses parties voisines étaient moins exposées à la propagation de l'inflammation, et l'on avait une surface suppurante beaucoup moins étendue qu'on ne l'aurait eue au début.

Les pansements avec l'alcool ou avec la teinture de feuilles de noyer, ce qui pour moi est tout un, paraissent avoir eu ici une in-

fluence heureuse sur la cicatrisation de la cavité anévrysmale en prévenant le ramollissement putride du sang épanché, en stimulant la plaie et en provoquant, en même temps qu'une suppuration louable, le développement de bourgeons charnus qui ont comblé l'immense vide formé au milieu des parties molles de la cuisse.

Je crois utile d'appeler encore l'attention sur la gangrène qui s'est développée le long du péroné, pendant les premiers jours qui ont suivi la ligature. Ce sphacèle, dû à ce que tout le poids du membre portant constamment sur les mêmes points au moment où la circulation capillaire était ralentie par l'effet de la ligature, et par le fait de la tumeur anévrysmale elle-même, aurait pu être, je pense, évité, si l'on eût pris la précaution de changer plusieurs fois par jour la position du membre. Quoi qu'il en soit, cet accident n'a pas eu d'influence sur l'heureuse issue de la maladie, et aujourd'hui, notre blessé, parfaitement guéri, a recouvré l'usage de son membre.

M. CHASSAIGNAC rappelle qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine* une observation d'anévrysme du creux poplité survenu aussi à la suite d'un coup de pied de cheval. Il a également pratiqué la ligature, d'après la méthode d'Anel, et il y a eu guérison.

Des luxations anciennes.

SUITE DE LA DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Dans l'avant-dernière séance de la Société de chirurgie, quelques opinions contradictoires se sont élevées sur des questions importantes relatives aux luxations en général et à celle de l'épaule en particulier.

La nature des obstacles à la réduction et la valeur du chloroforme suivant que la luxation est ancienne ou récente ; l'anatomie pathologique des altérations qui donnent lieu à ces obstacles ; la question des réductions tardives ; l'emploi de la méthode du talon ; la reconstitution de la cavité glénoïdienne par la tête de l'humérus après la réduction des luxations anciennes.

Tels sont les points sur lesquels je désire arrêter un instant l'attention de mes collègues.

J'avais avancé que dans les luxations le principal obstacle à la réduction réside dans la contraction des muscles. M. Richet m'a très-judicieusement objecté que cette assertion, prise dans un sens absolu, n'est pas exacte, puisque pour les luxations anciennes la résistance se trouve moins dans les muscles que dans les brides fibreuses de nouvelle formation. A cela j'ai répondu que, comme M. Verneuil avait

surtout parlé des luxations récentes, c'était particulièrement et expressément celles-là que j'avais en vue.

Je suis donc parfaitement d'accord avec M. Richet sur ce point-là; mais ce en quoi je m'éloigne beaucoup de ses idées, c'est quand il nous dit que, dans la réduction ou les tentatives de réduction des luxations anciennes, il use très-peu du chloroforme.

De ce que les brides fibreuses constituent un obstacle très-notable, je suis loin de conclure au peu d'utilité du chloroforme pour la réduction des luxations anciennes. Je crois fermement que, dans plusieurs des luxations anciennes que j'ai réduites, j'aurais échoué sans le secours des anesthésiques.

Quelque ancienne que soit la luxation, tant que vous la supposez réductible, l'action des muscles qui est tout dans les luxations récentes, est beaucoup encore dans celles qui ont cessé d'être récentes. Hors le cas de paralysie musculaire confirmée, toute action douloureuse qui s'exerce sur une articulation, et vous savez si la déchirure et l'élongation des brides est une action douloureuse, réveille la contractilité des muscles. J'en ai acquis la preuve expérimentale, et voici comment : c'est précisément dans la réduction des luxations anciennes; chaque fois qu'il y avait intermittence dans l'action anesthésique ces mêmes muscles, tout à fait flasques et inertes l'instant d'avant, redevenaient durs et contractés. D'ailleurs, alors même qu'au point de vue des facilités mécaniques de la réduction, vous attendriez peu de chose de l'emploi des anesthésiques, la violence des douleurs vous imposerait la nécessité d'y recourir. La réduction des luxations anciennes est une œuvre trop difficile pour que le chirurgien néglige aucun des moyens dont il peut disposer. Ce n'est donc pas le cas de se priver volontairement de l'agent qui neutralise à la fois et la douleur et la contraction des muscles, quand bien même cette dernière serait amoindrie.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'existence des brides dans les luxations anciennes est signalée à l'attention des chirurgiens. Dans les études que j'ai publiées en 1837 (*Traduction des Œuvres d'Astley Cooper*, pag. 90), je les ai mentionnées. A cette époque l'anatomie pathologique des luxations de l'épaule n'existait pas. La science ne possédait que des observations isolées et les essais de description que Mothe, de Lyon, et Malgaigne avaient tentés en produisant artificiellement sur le cadavre des luxations, qui s'accomplissant pendant l'inertie absolue des muscles, ne pouvaient donner qu'une idée inexacte, c'est-à-dire fausse, des désordres anatomiques causés sur le vivant. Ce fut en réunissant les observations de Henri Thompson, de Mac Namara, de Crampton et de Gregory Smith, qu'il me fut possible

d'écrire une histoire anatomique vraie des luxations scapulo-humérales. Les altérations osseuses articulaires, l'arrachement des tubérosités impossibles à produire sur le cadavre, les déchirures des tendons et des muscles, celles des coulisses fibreuses et de la capsule furent précisées telles que la nature les présente sans qu'on eût emprunté le secours d'inductions contestables et de manipulations cadavériques.

C'est, sans aucun doute, dans les enseignements fournis par l'anatomie pathologique, que doit se puiser la notion de l'époque où l'on peut encore rationnellement tenter les réductions tardives.

Où se trouve la limite à cet égard ? Elle ne saurait être posée dans des termes généraux. Point de règles absolues sur ce point. On ne peut pas fixer à quatre mois, l'âge des luxations à ne pas réduire, car j'ai obtenu au bout de six mois et plus, des réductions exemptes de tout accident. J. L. Petit a réduit deux luxations de l'humérus, l'une après six mois, l'autre après un an. Monteggia rapporte, d'après Pfaff, un cas de réduction du fémur après deux ans. (*Mémoires de l'Acad. de chir.*, t. V.)

Chez un vieillard, vous craindrez la possibilité d'une fracture, et c'est là un motif d'abstention dont il faut tenir compte. Mais ce qui, avant tout, doit être pris en considération, c'est l'examen attentif de l'état anatomique actuel de l'articulation; je m'explique : il est clair que l'état anatomique de l'articulation ne peut être l'objet d'un examen direct, car ce serait l'autopsie. Mais, grâce à l'atrophie des muscles, on peut, chez certains sujets, apprécier à travers la peau l'état des parties osseuses articulaires. Quand cette exploration fait reconnaître soit la tuméfaction notable d'une tête osseuse, soit la déformation ou oblitération partielle d'une cavité articulaire, l'indication de s'abstenir est décisive, sans tenir compte de l'âge de la luxation. Il y a là une impossibilité anatomique. Il n'en est pas de même des brides fibreuses, d'abord parce qu'on ne peut pas savoir à l'avance quel est leur degré de flexibilité, d'épaisseur et de résistance, ensuite parce que le chirurgien est autorisé à en opérer la rupture sans de graves inconvénients. Et c'est ce qui m'est arrivé plus d'une fois à l'hôpital Lariboisière, où des personnes qui n'étaient pas très-rapprochées du malade percevaient d'une manière sensible le bruit de craquement dû à la déchirure des brides.

En poussant trop loin le principe de l'abstention, en face des luxations anciennes, on prive le chirurgien de bien beaux succès et du plus enviable de tous, de celui qui consiste à réparer les suites d'une faute qui, alors même qu'elle ne nous est pas personnelle, reste imputable à la pratique générale. Cette faute, c'est la non-réduction en temps utile d'une luxation mal diagnostiquée.

Je sais bien qu'en cherchant à réduire, coûte que coûte, une luxation ancienne, on fait un acte parfois téméraire. quoiqu'il ne le soit pas au même degré que la fracture volontairement produite des ankyloses par soudure osseuse, et que certaines autres opérations dont la pensée se présente à l'esprit de chacun. Mais je crois en définitive que, hors le cas constaté de déformation du squelette articulaire, il est toujours permis de chercher à vaincre les résistances fibreuses, quitte à s'arrêter quand on voit qu'il y a imminence d'un danger. C'est en agissant ainsi que j'ai pu réduire, à l'hôpital Lariboisière, une luxation du coude datant de six mois, luxation qui condamnait le membre supérieur à une impuissance absolue et, ce qui est non moins fâcheux, aux embarras insupportables que cause un membre thoracique incapable de se fléchir et maintenu dans un état de rigidité continue. C'est encore ainsi que j'ai réduit au bout de dix mois une luxation du fémur chez un malade du nom de Mourot, qui me fut adressé par un chirurgien très-distingué de Besançon, et qui, arrivé ici tout à fait estropié et ne pouvant faire un pas sans béquilles, se livre aujourd'hui à de longues courses, même sans le secours d'une canne.

J'ai dit à la Société que j'avais depuis longtemps adopté comme méthode générale pour la réduction des luxations de l'épaule, le procédé du talon, auquel toutefois je n'ai recours qu'après l'essai préalable du procédé de la rotation en dehors, qui m'a paru réussir avec une facilité remarquable, quand on arrive près du malade très peu de temps après que la luxation s'est produite, et quand on a soin d'élever le bras à angle droit avec le corps du patient.

Dans le procédé du talon la réduction s'opère par un mécanisme plus compliqué qu'on n'est porté à le croire au premier aspect, et il est indispensable de bien s'en rendre compte pour comprendre les avantages de ce procédé et pour en diriger convenablement l'application. Ce qui détermine surtout la rentrée de la tête de l'humérus, c'est moins l'allongement du membre, par l'effet des tractions exercées parallèlement au tronc du malade, que l'écartement latéral produit par le talon, entre les deux os qui chevauchent l'un sur l'autre. L'humérus sur lequel agit la puissance extensive, appuyant par sa partie latérale interne contre le talon de l'opérateur, à la manière d'un levier du premier genre, dans lequel la puissance est à l'extrémité inférieure de l'humérus, la résistance à la tête de l'os déplacé, et le point d'appui sur la partie latérale du talon. Il est à remarquer que, par la position du talon dans l'aisselle, le point d'appui se trouvant très-rapproché de la résistance, le bras de levier de la puissance a une longueur proportionnelle considérable.

Voici quels sont les avantages de la méthode du talon :

1° Le malade étant couché sur le dos est dans une attitude qui ne lui permet que très-peu de résistance musculaire;

2° Ce procédé peut être appliqué sans le secours d'aucun aide, circonstance très-favorable en ce qu'elle permet souvent au chirurgien de réduire la luxation aussitôt qu'il est appelé près du malade, et, dans quelques cas même, au moment où la luxation vient d'être produite, par conséquent avant que la rigidité musculaire ne soit survenue;

3° On est sûr que dans ce procédé la contre-extension ne saurait être entraînée par la puissance extensive.

M. RICHET. Je me trouve très-heureux de voir M. Chassaignac de mon avis relativement aux causes qui mettent obstacle à la réduction des luxations anciennes. Quant aux difficultés qu'on rencontre quelquefois dans les luxations récentes, tout en pensant, comme notre collègue, qu'elles dépendent le plus ordinairement de la contraction musculaire, je crois qu'il serait inexact de dire que c'est la cause unique des obstacles à la réduction. C'est ce que j'ai démontré dans le travail qui se trouve imprimé dans les mémoires de la Société; j'y ai dit, en effet, et j'ai prouvé par des observations, que, si les muscles sont presque toujours ce qui s'oppose à la réduction, il y a des cas où l'obstacle existe dans les os eux-mêmes qui alors butent l'un contre l'autre, surtout quand ils sont *cravatés* par les muscles. J'ai eu, à la Pitié, l'occasion de vérifier le fait anatomiquement dans un cas de luxation de la hanche, le malade ayant succombé aux suites des inhalations de chloroforme; j'avais inutilement employé dans ce cas tous les procédés de force et de douceur, la réduction resta impossible. A l'autopsie, nous pûmes constater que le col du fémur était maintenu immobile dans sa nouvelle position par les muscles jumeaux et obturateur interne qui s'enroulaient autour de lui.

Dans les luxations anciennes, je le répète, les plus grands obstacles à la réduction consistent dans les brides fibreuses et quelquefois dans des capsules de nouvelle formation qui maintiennent l'os déplacé dans sa situation anormale. C'est ce que démontre, entre autres, l'observation recueillie par notre collègue M. Forget dans le service de Lisfranc. Il s'agissait d'une luxation de l'épaule, le chirurgien tenta en vain la réduction, tous les efforts échouèrent, et le malade succomba quelques heures après les tentatives de réduction; à l'autopsie, on trouva autour de la tête déplacée une capsule très-résistante.

Il s'en faut, cependant, que je veuille refuser, même dans ces cas, la moindre influence à la contraction musculaire, seulement je crois que cette influence est secondaire, et c'est précisément pour cela que,

dans les tentatives de réduction des luxations anciennes, je suis devenu très-réservé dans l'emploi du chloroforme.

Quant au temps après lequel on ne doit plus chercher à réduire les luxations anciennes, je répéterai que, si après quatre ou cinq mois on peut tenter quelque chose, ce n'est qu'avec beaucoup de réserve, parce qu'alors on fait courir aux malades des dangers tels, qu'ils ne peuvent être mis en balance avec les avantages douteux d'une réduction opérée dans de pareilles conditions. Je dirai, en terminant, que la meilleure manière d'obtenir la rupture des brides accidentelles n'est pas la traction directe, mais bien la rotation en sens opposés de manière à agir sans de trop grands efforts.

M. SERRE (d'Alais), membre correspondant. Cette discussion me rappelle un fait très-curieux qui prendra utilement sa place dans les annales de la chirurgie, je veux parler d'un cas de *réduction spontanée* d'une luxation ancienne de l'épaule.

Il s'agissait d'une dame qui se présenta à moi pour se faire réduire une luxation de l'épaule datant de 25 jours. C'était au moment où Delpech (de Montpellier) avait eu à regretter un cas de mort pendant les efforts nécessaires pour la réduction d'une luxation ancienne. Tout plein de l'émotion laissée dans mon souvenir par cet événement malheureux, je ne voulus pas, au début de ma carrière chirurgicale, m'exposer à un pareil malheur. Je conseillai donc à ma cliente de ne pas se préoccuper autrement de son accident. Un an plus tard, cette dame, pendant une promenade à cheval, fait une chute, et dans l'effort qu'elle fit pour se retenir, l'humérus rentra dans la cavité glénoïde.

COMMUNICATIONS.

Méthode nouvelle de traitement pour la cure des polypes naso-pharyngiens par excision et rugination des os sur lesquels ils sont implantés.

M. ALPH. GUÉRIN fait sur ce sujet la communication suivante :

Les polypes qui se développent à la partie supérieure du pharynx, s'implantent le plus souvent sur le tissu fibreux qui recouvre la partie correspondante de la base du crâne ; ils sont susceptibles d'acquérir un développement si énorme, qu'il est parfois difficile de parvenir jusqu'à leur pédicule. Dans le but de découvrir le point de leur implantation, on a eu recours à un grand nombre de procédés opératoires qu'il est inutile que je décrive, parce qu'ils sont parfaitement connus de tous les membres de la Société; il y a trente ans, on avait recours à la ligature, et pour la pratiquer, on avait inventé des instruments à l'aide desquels un fil d'argent ou de lin, introduit d'avant en

arrière dans les narines, était ensuite passé derrière le polype et élevé au niveau de son implantation, il ne restait plus, après cela, qu'à tordre le fil ou à le serrer avec un serre-nœud.

Depuis longtemps déjà, cette méthode opératoire a été abandonnée, parce que, en supprimant le polype, on ne détruit pas la racine.

Dans ces dernières années, on a eu recours à l'excision et à la cautérisation combinées, c'est à cette méthode mixte que je me proposais de recourir pour un polype dont un jeune garçon de 17 ans était affecté.

Entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, le 12 octobre 1865, le jeune Moreau (Frédéric), d'une constitution grêle et délicate, ne pouvant respirer qu'avec la plus grande difficulté et en tenant la bouche entr'ouverte, était affecté d'un polype naso-pharyngien qui remplissait si complétement la partie supérieure du pharynx, que le voile du palais était repoussé en avant, de manière que la face *postérieure* de la luette reposait pliée sur la face supérieure de la langue, dans cet état, le malade n'avalait plus les aliments solides que lentement et après les avoir broyés complétement, sa bouche restait largement ouverte pendant son sommeil et il parlait avec la plus grande difficulté.

La masse polypeuse, qui remplissait toute la partie du pharynx qui est située au-dessus du plan de la portion horizontale de la langue, était arrondie, et la convexité de sa face antérieure faisait bomber le voile du palais en avant. L'énorme volume du polype rendait extrêmement difficile l'exploration de la partie postérieure des fosses nasales, l'indicateur, porté derrière le voile du palais, n'arrivait pas jusqu'au pédicule, mais plusieurs signes indiquaient que l'implantation du polype était au niveau de la narine gauche; le nez était, en effet, plus large de ce côté, sa pointe était déviée à droite, et dans le pharynx, la tumeur descendait un peu moins bas à droite qu'à gauche.

Le malade dit que le premier symptôme de son mal remonte à 18 mois environ. A cette époque, il s'aperçut du moins qu'il avait de la peine à respirer. Habitant la campagne, et peu soucieux d'une maladie qui n'était pas apparente et qui ne causait pas de grandes douleurs, ses parents ne crurent pas devoir consulter un médecin. Au mois d'avril de cette année seulement, on tenta de guérir la maladie sur la nature de laquelle il était difficile de se faire illusion. Si les renseignements qu'on nous a donnés sont exacts, le médecin consulté aurait arraché par le nez des morceaux de polypes et se serait opposé à l'hémorrhagie à l'aide d'un liquide qui devait être une solution de perchlorure de fer.

Malgré l'énorme volume du polype, la face de l'enfant n'avait pas

subi de déformation notable, et l'on pouvait affirmer que la maladie ne s'était point encore frayé un passage du côté des cavités orbitaires et des sinus maxillaires.

Avant l'entrée du malade à l'hôpital, il avait eu plusieurs hémorrhagies. Huit jours après, c'est-à-dire le 17 octobre, il eut une épistaxis qui s'arrêta spontanément.

L'enfant avait conservé un bon appétit, il mangeait quatre portions, et son sommeil, quoique bruyant et pénible, était de longue durée, mais du pus fétide s'écoulait de son oreille gauche; malgré sa faiblesse, je résolus de l'opérer, sans pourtant me résoudre à lui enlever un maxillaire supérieur comme préliminaire de l'extirpation et de la cautérisation du polype. C'est une méthode sûre d'arriver facilement au point d'implantation, mais on ne peut pas la pratiquer sans causer une violente douleur et sans donner lieu à une hémorrhagie plus ou moins considérable. Après avoir calculé de mon mieux les forces de mon petit malade, je craignis qu'il ne supportât pas cette opération, et je me décidai le 21 octobre à recourir à la méthode de Mamer. Ayant saisi le voile du palais avec une pince à griffes, je l'incisai sur la ligne médiane avec des ciseaux coudés sur leur tranchant. Cette incision ne fit pas couler une grande quantité de sang. Le malade, qui était assis sur une chaise, pouvait se pencher en avant pour empêcher que le sang lui tombât dans le larynx, et se relever aussitôt pour que je continuasse l'opération. Le voile du palais ayant été incisé, le polype s'avança entre les lèvres de la division, et je pus facilement le saisir avec une pince de Museux, l'abaisser et porter les lames de longs ciseaux au niveau de son pédicule.

Après la section que j'en fis, je retirai une masse polypeuse du volume d'un œuf; mais j'étais loin d'avoir tout enlevé, et je fus fort déçu quand, portant un indicateur derrière le voile du palais, j'y trouvai encore une tumeur qui, s'étendant dans tous les sens, ne pouvait que difficilement être limitée par le doigt explorateur; dans cette masse, je ne savais même pas d'une manière précise où était le point d'implantation de ce qui me restait à enlever. Je compris bien vite que l'excision était inapplicable dans ce cas, et qu'il fallait trouver un moyen de débarrasser mon petit malade de ce polype qui, étant comme enchâtonné, résistait aux tractions que je m'efforçais d'opérer. Un premier polype avait été enlevé, mais il en restait un autre dirigé en sens inverse du premier. Ne trouvant pas le pédicule, j'eus l'idée de le chercher à l'aide du doigt introduit en arrière du voile du palais et d'un instrument explorateur porté d'avant en arrière dans l'une des fosses nasales, et comme l'incision du premier pédicule avait donné lieu à une petite hémorrhagie qui devenait effrayante, vu

l'affaiblissement du malade, je voulus que l'instrument explorateur me servît à enlever ce qui restait de la masse polypeuse.

Je demandai à mes aides une rugine étroite, et, pendant qu'ils en cherchaient une convenable, je séparai l'une de l'autre les deux branches d'une paire de ciseaux Charrière, et la lame de l'une me servit à énucléer la tumeur des cellules dans lesquelles elle s'était enchâtonnée. Quand cette énucléation fut faite, je fus un peu effrayé en reconnaissant que mon indicateur pénétrait dans une cavité à parois osseuses, s'étendant vers la boîte crânienne, cavité dans laquelle on eût pu loger une grosse noix. Je fus bientôt rassuré en reconnaissant que son fond était formé par un plan résistant et je pensai que ce n'était autre chose que les sinus sphénoïdaux dilatés.

Je circonscrivis alors assez facilement l'implantation du polype, mais j'aurais eu beaucoup de peine à en faire la section; en demandant une rugine, j'avais eu l'idée de détruire par érosion, par rugination le tissu fibreux sur lequel le polype était implanté. Je commençai ce temps de l'opération avec la pointe de la lame de ciseaux qui m'avait servi à l'énucléation, et je la finis avec une rugine droite et lancéolée.

Quand l'opération fut terminée, on sentait avec le doigt des surfaces d'os dépouillées de leur périoste et je vis sur la figure des personnes qui constataient une pareille dénudation, des signes manifestes d'une sérieuse inquiétude sur les suites de cette méthode opératoire.

Sachant avec quelle facilité se recouvrent de bourgeons les os très-vasculaires qui ont été dépouillés de leur périoste dans une petite étendue, je ne partageai pas l'inquiétude de mon entourage, et je soutins que c'était là le moyen le plus sûr d'obtenir la guérison définitive des polypes.

Au bout de quelques minutes, le sang cessa de couler, et le petit malade, après avoir bu un grand verre de vin dont il avait besoin pour ne pas faiblir, fut reporté à son lit. Malgré la douleur inhérente à l'opération, cet enfant, respirant plus facilement que la veille, sembla presque de suite reprendre des forces. Il eut pendant cinq ou six jours le pouls et la peau fébriles, mais il ne se plaignit ni de céphalalgie, ni de nausées, et le 27 à la visite, nous ne trouvâmes plus de traces de fièvre. La matière purulente, qui dès le lendemain de l'opération s'était écoulée par le nez, était à peu près complétement tarie et l'écoulement fétide de l'oreille gauche avait disparu. Je prescrivis, le jour même de l'opération, 250 grammes de vin de Bordeaux et une alimentation reconstituante avec deux portions de pain.

Le 28, craignant que le polype dont je n'avais que coupé le pédicule, ne donnât lieu à la récidive, je tentai de le cautériser avec un

électro-cautère, d'après la méthode de Mideldorff. Je me flatte d'avoir atteint mon but dans cette dernière opération, mais je n'oserais affirmer que j'ai bien détruit les dernières racines de cette partie du polype, d'abord parce que je ne savais pas d'une manière précise où avait lieu son implantation, et que dans le doute, je dus porter l'électro-cautère dans plusieurs points où je heurtais des inégalités de parties molles; mais il pourrait se faire que les points les plus cautérisés aient été recouverts de bourgeons charnus, et que le lieu d'implantation du polype que j'avais coupé avec les ciseaux, ait plus ou moins échappé à l'électro-cautère.

Je ne donne donc pas ce fait comme un cas de guérison. Il y a six semaines à peine que l'opération a été faite. A cette époque, on ne peut encore rien dire de la récidive, mais j'ai voulu appeler l'attention de la Société sur la possibilité d'arracher les polypes naso-pharyngiens par la rugination de la surface osseuse sur laquelle ils s'implantent.

Le malade que je présente aujourd'hui mange et dort comme s'il n'avait jamais été malade; il a repris des forces et de l'embonpoint et il serait dans d'excellentes conditions pour subir une nouvelle opération, s'il y avait lieu plus tard d'y avoir recours ; s'il y avait récidive, je la mettrais sur le compte du pédicule incisé et je ne l'attribuerais pas aux polypes que j'ai enlevés par la rugination, parce que ce dernier moyen me paraît plus radical que tout autre.

J'ai incisé le voile du palais du petit malade que je vous présente, dans la pensée que j'aurais besoin d'une voie large pour arriver sur le pédicule du polype et pour y porter un cautère; mais après avoir reconnu les avantages de la méthode que je soumets à l'appréciation de la Société, c'est à elle que je demanderais la guérison dans un cas semblable, et j'ai la conviction que, sans l'incision du voile du palais, mon indicateur parviendrait, sans angoisse pour le malade, sur le pédicule du polype.

Ce temps de l'opération qui serait pénible si on le pratiquait sur une personne en bonne santé, ne paraît pas l'être chez les individus qu'un polype volumineux a habitués à la sensation d'un corps étranger. Chez eux, le voile du palais a perdu une grande partie de sa sensibilité et l'on peut le toucher sans éveiller la sensation désagréable qui, quand elle est prolongée, produit des nausées et le vomissement. Si mon espoir n'est pas déçu, il sera permis d'abandonner les préliminaires de l'extirpation des polypes : il ne faudra plus ni inciser le voile du palais, ni exciser une portion de la voûte palatine; la luxation d'un maxillaire et la résection deviendront inutiles; il suffira de chercher le pédicule du polype à l'aide d'un indicateur introduit derrière le voile du palais et de l'arracher en ruginant l'os sur lequel

il s'implante à l'aide d'une rugine droite, introduite par l'une des narines.

M. LEGOUEST. Je suis très-heureux de voir M. Guérin proposer quelque chose de nouveau pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, car je ne puis me résoudre à considérer les opérations, ou pour mieux dire, les mutilations préliminaires qui ont été conseillées et mises en pratiques pour guérir cette redoutable affection, comme le dernier mot de la chirurgie. Au commencement de cette année déjà, j'ai cherché une voie nouvelle, dans laquelle je ne suis pas seul, paraît-il, à m'engager. Guidé par cette considération que les polypes naso-pharyngiens sont une maladie du jeune âge, j'ai pensé qu'il serait peut-être possible d'éviter les infirmités considérables et souvent irrémédiables que laissent après elles l'ablation du maxillaire supérieur et la destruction de la voûte palatine, en ayant recours à des procédés opératoires qui, tout en respectant la face et les organes qu'elle renferme, permissent de répéter l'extirpation des tumeurs aussi souvent que cela serait nécessaire et jusqu'au moment où les sujets arrivent à l'âge ou l'on n'observe plus de polypes naso-pharyngiens.

Voici comment j'ai opéré un enfant de troupe atteint d'un polype faisant peu de saillie dans le pharynx, et se dirigeant surtout vers les narines qu'il déformait ainsi que l'orbite du côté gauche. Au moyen d'une incision partant du grand angle de l'œil et descendant le long de l'aile du nez jusqu'à mi-hauteur de la lèvre supérieure, j'ai ouvert largement la narine gauche et renversé en partie le nez à droite après avoir détruit l'articulation de l'os propre du nez avec l'apophyse montante du maxillaire supérieur. — Portant une cisaille sur l'apophyse montante et sur la partie externe et inférieure de l'ouverture antérieure des narines, j'ai à l'aide d'un coup de ciseau renversé en dehors la paroi interne du sinus maxillaire. Trouvant alors une voie suffisante pour arriver à la base du crâne, j'ai arraché le polype avec des pinces courbes ordinaires et en même temps quelques parcelles osseuses, la paroi antérieure peut-être du sinus sphénoïdal. L'opération fut assez laborieuse parce que ma pince n'avait pas une courbure en rapport avec celle de la voute des fosses nasales, longue parce qu'il fallut laisser reposer le sujet, et je puis dire émouvante en raison de l'abondante hémorrhagie dont elle fut accompagnée. Mais la fosse nasale était parfaitement libre, et nettoyée, s'il m'est permis de parler ainsi. J'aurais pu espérer un succès si je n'avais su avec quelle facilité cette affection repullule : aussi laissai-je la narine ouverte du haut en bas pour surveiller la récidive.

La récidive est arrivée : déjà mon jeune malade ne peut plus faire

passer l'air par la fosse nasale du côté gauche. Je me propose de faire prochainement une nouvelle extirpation du polype et j'espère ne pas avoir besoin de recourir à une opération sanglante, ne pas m'exposer surtout à provoquer une hémorrhagie redoutable. A cet effet j'ai fait construire une pince à mors courbes et triangulaires, à branches séparées, pouvant être introduites isolément, et serrées ensuite avec un écrou. Cette pince portée le plus haut possible sur le polype pourra rester en place jusqu'à la mortification de la tumeur.

J'ai l'intention de répéter l'application de la pince aussi souvent que le polype récidivera. J'espère que l'affection ne se reproduira plus, lorsque le sujet aura atteint un certain âge que je ne saurais fixer; c'est seulement alors que je restaurerai la narine, conservant à mon malade, si je réussis, le maxillaire supérieur et la voûte palatine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Décollement de l'épiphyse inférieure du radius sur les deux avant-bras.

M. DOLBEAU présente à la Société, de la part de M. le docteur Leroux, chirurgien à l'hôpital de Versailles, une double pièce de décollement épiphysaire.

Voici les renseignements : un enfant de treize ans fait une chute d'un deuxième étage; il tombe sur les deux poignets en même temps que sur la tête. Le sujet succombe, dix-neuf jours après l'accident, aux suites d'une fracture du crâne.

Examen des poignets. Les lésions sont identiques sur les deux avant-bras, mais elles sont plus avancées du côté gauche.

Le corps du radius est complétement détaché de son épiphyse inférieure; de plus, l'os s'est porté en avant de telle manière, que l'extrémité inférieure du fragment supérieur fait saillie sous la peau, immédiatement au-dessous du bord inférieur du carré pronateur. L'os est situé sous la peau; en effet, l'aponévrose a été déchirée et les muscles fléchisseurs ont été repoussés sur les côtés, formant une sorte de boutonnière qui s'interpose par en bas entre le corps du radius et l'épiphyse.

L'extrémité inférieure du radius présente un bord tranchant que l'on sent sous la peau. L'articulation radio-carpienne est saine. Les deux apophyses styloïdes ont conservé leurs rapports physiologiques.

Si l'on examine la lésion du côté de la face postérieure, on constate que le corps du radius, en se séparant de l'épiphyse, a cependant laissé adhérente à celle-ci une petite lamelle osseuse, et que, par con-

séquent, le décollement épiphysaire, quoique très-évident, s'accompagne d'une très-légère fracture de l'os en arrière.

Sur le bras gauche, outre les lésions que nous venons d'énumérer, il y avait une fracture antéro-postérieure de l'épiphyse avec communication dans l'articulation. De plus, on remarquait un décollement presque complet de l'épiphyse inférieure du cubitus.

Sur les deux pièces le cartilage triangulaire était intact.

Ce qui pendant la vie caractérisait cette lésion, c'était : 1° la saillie sous-cutanée d'un bord tranchant osseux appartenant à l'extrémité inférieure du fragment supérieur ; 2° l'irréductibilité absolue de la fracture ; 3° la situation normale des deux apophyses styloïdes.

M. RICHET signale, à propos de la présentation de M. Dolbeau, un fait analogue qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis : il s'agissait aussi d'un décollement épiphysaire du radius. Mais dans ce fait le décollement avait été suivi de la déchirure de la peau par l'extrémité inférieure de la diaphyse qui faisait saillie au dehors. Les tentatives de réduction restèrent sans succès, et il fallut pratiquer la résection de la portion osseuse qui faisait hernie à travers la peau dechirée.

M. MARJOLIN. Ces pièces, présentées par M. Dolbeau, me paraissent excessivement curieuses, car les décollements épiphysaires sont tellement rares qu'on pourrait presque en nier l'existence. Voilà cependant un véritable décollement sur le cubitus; pour le radius, il offre tout à la fois un décollement épiphysaire et une fracture.

M. TRÉLAT. Je ne veux dire qu'un mot, c'est que les décollements épiphysaires ne sont, à vrai dire, au point de vue chirurgical, c'est-à-dire au point de vue des symptômes du diagnostic et des indications thérapeutiques, que des variétés de fracture, à forme particulière et à siége spécial. C'est pour ce motif que l'observation présentée par M. Dolbeau offre un réel intérêt.

M. RICHET. Le fait dont j'ai donné l'histoire abrégée, et qui sera probablement publié par M. Denonvilliers, vient pour ainsi dire compléter celui de M. Dolbeau, en montrant un degré plus avancé de la même lésion.

M. CHASSAIGNAC insiste pour faire remarquer qu'il y a un certain degré de fracture compliquant le décollement épiphysaire.

M. DOLBEAU fait observer que cela n'a pas autant d'importance que semble le croire M. Chassaignac, attendu que la lésion dont il présente un double exemple est complétement différente par sa symptomatologie des fractures proprement dites du poignet. Ce qui frappe ici, c'est un bord tranchant sous la peau et une irréductibilité absolue.

M. BROCA. Si personne ne demande plus la parole, je ferai remarquer que les pièces mises par M. Dolbeau sous les yeux de la Société confirment pleinement une proposition que j'ai émise autrefois, à savoir que, dans les décollements épiphysaires, le cartilage reste sur l'épiphyse. Je m'étonne qu'on ait pu douter de la réalité des décollements épiphysaires, car ils sont très-faciles à produire artificiellement sur le cadavre, comme j'ai pu m'en convaincre dans des expériences nombreuses.

M. BLOT. Tous ceux qui se sont occupés d'accouchements savent combien il est facile de produire ces décollements sur les membres des enfants qu'on extrait par l'opération de la version quand on n'a pas soin de les saisir tout à la fois par une portion étendue du membre qui sert à exercer les tractions.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas voulu nier les décollements épiphysaires, mais seulement faire remarquer que dans ce fait il y avait fracture. Si j'insiste sur ce point, c'est que souvent il y a fracture là où on croit à un simple décollement.

M. MARJOLIN. Sans nier le décollement se présentant avec les symptômes si nets indiqués par M. Dolbeau, je ne puis m'empêcher de faire observer que je ne l'ai pas rencontré une seule fois depuis onze ans que je suis à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Sacro-coxalgie prise pendant la vie pour une coxalgie hystérique.

M. VERNEUIL présente la moitié du bassin d'une jeune femme morte à l'hôpital Lariboisière des suites d'un érysipèle ambulant, qui avait débuté autour d'une cautérisation ponctuée faite autour de la hanche dans le but de traiter une affection qui offrait tous les signes d'une coxalgie, sans lésion appréciable de l'articulation coxo-fémorale. A l'autopsie, on trouva, en effet, le cotyle et la tête du fémur parfaitement sains, mais des recherches plus étendues finirent par faire découvrir une suppuration de l'articulation sacro-iliaque du même côté.

La séance est levée à cinq heures quarante-cinq minutes.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le proccès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LARREY, à propos de la discussion sur les luxations anciennes, croit opportun de faire connaître une thèse qui a précédé de trois années la traduction des *Œuvres d'Astley Cooper*, par MM. Chassaignac et Richelot. Cette thèse a été soutenue à Paris, en février 1834, par M. Denglehem, chirurgien militaire, d'après les indications et des faits cliniques de M. Sédillot. L'auteur rappelle que Dupuytren, le premier, a donné des principes généraux de traitement des luxations anciennes; et il expose les résultats de l'examen des pièces anatomiques recueillies par M. Sédillot, à part cinq observations cliniques relatives à des cas de guérison :

M. MARJOLIN. Depuis la dernière séance, j'ai dressé au moyen de mes notes une statistique comparative des fractures et des décollements épiphysaires qu'il m'a été donné d'observer à l'hôpital Sainte-Eugénie depuis sept années. Les résultats, quoique moins complets que je ne l'eusse désiré, m'ont paru cependant présenter un certain intérêt; en voici le résumé :

Dans l'espace de sept années, sur un total de 4,335 enfants reçus à l'hôpital, j'ai trouvé, en dehors des faits observés à la consultation, un ensemble de 600 fractures diverses, elles se partagent de la manière suivante : 469 pour 2,435 garçons, et 131 pour 1,900 filles de deux à quinze ans. Dans ce nombre de 600 fractures, j'ai trouvé pour les seules fractures des os de l'avant-bras, un total de 196, divisé de la manière suivante : pour les garçons, du radius seul, 57, dont 1 à l'extrémité supérieure, 15 à la partie moyenne et 41 à l'extrémité inférieure; du cubitus seul, 1 au quart supérieur et 2 au quart inférieur; 3 de l'olécrâne; des deux os de l'avant-bras, 103, dont 1 au quart supérieur, 86 à la partie moyenne et 16 au quart inférieur. Aux filles le total n'est que de 31, se divisant de la manière suivante : du radius seul, 4, dont 3 à la partie moyenne et 2 au quart inférieur; du cubitus seul, 3, dont 2 au quart supérieur et 1 à la partie moyenne; des deux os de l'avant-bras, 24, dont 11 à la partie moyenne et 13 au quart inférieur.

Dans ce nombre assez considérable de fractures, je n'ai jamais observé de disjonction épiphysaire, bien que quelques-unes aient eu

pour cause des contusions directes très-violentes ; cinq ou six fois au plus j'ai observé la pénétration des fragments. La seule remarque que l'on peut faire, c'est que entre dix et quinze ans la proportion des fractures de l'extrémité inférieure semble plus forte. Comme on le voit, la disjonction traumatique des épiphyses est un fait exceptionnel et j'ajouterai que M. Malgaigne, à l'occasion de cette question, dit que, passé deux ans, rarement le décollement est parfait, et presque toujours un fragment plus ou moins notable de la diaphyse adhère à l'épiphyse; c'est ce que l'on observe sur une des pièces présentées par M. Dolbeau.

M. RICHET. J'ai promis de compléter l'observation du jeune malade dont j'ai parlé dans la dernière séance à propos de la présentation de M. Dolbeau, je viens aujourd'hui tenir ma promesse et mettre sous les yeux de la Société la portion de diaphyse qui a été réséquée.

Comme je l'ai dit, le fait a été observé dans le service de M. Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis, en 1859. Il s'agissait d'un jeune garçon de quinze ans, qui était tombé sur la paume de la main d'une façon si malheureuse que le radius s'était rompu ; le fragment supérieur vint perforer les téguments à la partie antérieure du poignet, un peu au-dessus du pli articulaire. Les internes qui avaient reçu le malade la veille, avaient inutilement essayé de faire la réduction, et lorsque M. Denonvilliers fit sa visite le lendemain, il constata que la portion du radius saillante au dehors était constituée par une surface lisse, mamelonnée, qui représentait évidemment la portion diaphysaire du radius séparée de son épiphyse. M. Denonvilliers essaya de nouveau de réduire, mais sans succès; c'est alors qu'il me fit l'honneur de me demander mon avis. Après examen approfondi, il fut résolu qu'en présence de l'impossibilité de réduire par la simple action des mains, et d'autre part avec le danger d'exercer des débridements suffisants à cause de la présence des tendons, des gros nerfs et des artères, il valait mieux faire la résection du fragment que de tenter de faire des incisions pour réduire. Cette résection fut faite sans aucune difficulté avec une scie à chaîne. La réduction devint alors facile et le malade guérit, en très-peu de temps, sans accidents. Ce fait est important en ce qu'il est le complément de celui de M. Dolbeau, il représente un degré plus avancé du déplacement, et montre ce qu'il faut faire ; à son tour il reçoit de celui de M. Dolbeau un enseignement en ce sens qu'on voit, sur la pièce de notre collègue, la cause anatomique qui s'opposait à la réduction.

Je vous présente aujourd'hui l'extrémité inférieure du fragment supérieur réséquée, vous pouvez constater qu'il s'agit bien d'un décollement réel de l'épiphyse et non d'une fracture. J'ai d'ailleurs déjà

cité ce fait dans mon *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, comme un exemple incontestable de ce genre de lésion.

M. LEFORT. Par cette raison que les décollements épiphysaires sont rares, je vais donner l'abrégé d'un fait de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Guérin. Il s'agissait d'une petite fille qui fut apportée avec une plaie de la partie supérieure de la jambe gauche; à travers cette plaie, le doigt sentait distinctement un fragment mobile. M. Guérin fit l'extraction de ce fragment, un examen attentif permit de constater qu'une de ses surfaces était mamelonnée comme la portion de la diaphyse qui répond au cartilage épiphysaire, l'autre au contraire avait l'aspect rugueux d'une portion d'os fracturé; il s'agissait donc bien là d'une fracture avec décollement de la portion de tibia fracturée du cartilage épiphysaire. La petite malade a très-bien guéri.

M. GUERSANT. Comme M. Marjolin, je n'ai jamais eu l'occasion de vérifier par l'anatomie pathologique un décollement épiphysaire, mais je crois avoir traité plusieurs fois des décollements épiphysaires croyant avoir affaire à des fractures.

M. GIRALDÈS. Je crois que, pour discuter utilement sur la question en litige, il serait indispensable de la limiter exactement; il serait surtout important de fixer exactement les différentes parties du squelette auxquelles on fait allusion. En effet, les décollements épiphysaires sont loin d'avoir le même degré de fréquence sur tous les os pris indistinctement: ainsi on les observe bien plus fréquemment à la partie supérieure du coude et à la partie inférieure du fémur que nulle part ailleurs.

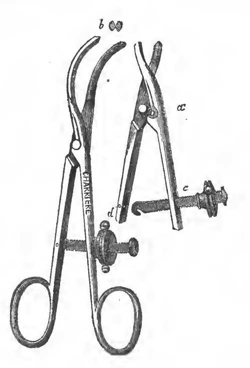
PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LEGOUEST montre la pince dont il a parlé dans la dernière séance et qu'il compte employer pour amener la mortification des polypes naso-pharyngiens. Les mors dont les faces internes coniques se touchent par le sommet des cônes opposés qu'elles représentent, offrent, suivant leur longueur, une courbure adaptée à celle de la voûte des fosses nasales. Les manches peuvent en être maintenus, rapprochés au moyen d'un écrou, leur articulation peut se faire, après leur introduction une à une, au moyen d'un pivot et d'une échancrure latérale analogues à cette portion du forceps. Elle a été construite par M. Charrière.

Les deux branches s'articulent et se désarticulent en A, afin de pouvoir être introduites isolément dans la narine.

Le pédicule du polype, étant saisi, est écrasé entre les mors, dont

la coupe perpendiculaire est représentée en B, à l'aide d'une vis de pression C, qui fait partie de la branche femelle, et s'articule en D avec la branche mâle.



CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale ;*

Les *Archives générales de médecine ;*

Les *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. de Saint-Germain et Liégeois qui se portent candidats au titre de membre titulaire.

2° Une observation d'entéro-épiplocèle suivie d'accidents, opération, guérison, par M. Pénard. (Commissaires MM. Labbé, Laborie, Tarnier.)

3° Un moule en plâtre et une observation de polydactylie, par M. Belin (de Colmar). (Commissaire M. Giraldès.)

M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant, nous adresse l'observation suivante :

Hypertrophie de la glande lacrymale; exophthalmie; ablation; guérison.

Germaine M..., âgée de trente-six ans, est entrée, le 18 novembre 1863, au pavillon des pensionnaires de l'Hôtel-Dieu de Nantes, pour y être traitée d'une tumeur de l'orbite gauche.

Cette tumeur datait de deux ans; alors, pendant un effort de vomissement, la malade nous dit avoir entendu dans l'œil un bruit sec qu'elle compare à celui qu'on produit en brisant une noisette; il y eut une douleur vive et bientôt une infiltration sanguine sous les paupières.

Peu de temps après, il y eut diplopie dans laquelle les images étaient superposées, ce phénomène devint de plus en plus prononcé à mesure que le globe de l'œil s'abaissa et devint plus saillant. Ce n'est qu'au bout de six mois qu'on reconnut l'existence d'une tumeur intra-orbitaire située en haut et en dehors. Cette tumeur a graduellement augmenté depuis dix-huit mois et a fini par chasser l'œil de l'orbite.

Pendant tout ce temps la malade nous affirme n'avoir pas eu d'autres souffrances que celles que lui ont causées l'application des remèdes nombreux qui lui furent prescrits.

On fit d'abord une ponction sous la paupière supérieure et des cautérisations énergiques avec le nitrate d'argent. Ce traitement eut pour conséquence un œdème considérable avec sécrétion purulente à la surface de la conjonctive. La malade se mit alors entre les mains de M. Mirault (d'Angers), et resta sous sa direction pendant seize jours; c'était au mois de février 1862, alors les symptômes inflammatoires dominaient tous les autres, car M. Mirault fit appliquer 32 sangsues à la région mastoïdienne; une saignée du bras fut pratiquée de deux jours l'un, une purgation fut prescrite et enfin un séton fut placé à la nuque. M Mirault ne conseilla aucun topique sur l'œil et ne parla pas d'opération. La malade retourna chez elle sans avoir éprouvé de soulagement sensible et renonça à peu près à tout traitement, jusqu'à son entrée à l'hôpital de Nantes.

État actuel. — Exophthalmie complète, le globe de l'œil est recouvert par la paupière supérieure très-relâchée et se trouve placé entièrement sur la joue.

L'axe du globe est devenu vertical. En examinant le visage de profil, on constate que la cornée transparente qui regarde en bas correspond exactement au bord supérieur de l'aile du nez. Malgré ce déplacement considérable, l'œil peut se mouvoir dans tous les sens; cependant le mouvement combiné d'élévation et d'abduction est très-limité.

La pupille est contractée, la vue existe encore quoique un peu plus faible que du côté sain; les caractères moyens sont distingués facilement. Cet affaiblissement de la vue a pour cause non-seulement le déplacement du globe, mais encore une petite tache qui existe à la partie supérieure et externe de la cornée.

Il n'y a plus de diplopie; ce phénomène se reproduit à peine lorsque le malade dirige l'œil sain directement en bas.

La conjonctive bulbaire est injectée, la palpébrale l'est également, surtout à la paupière inférieure qui est renversée. Dans le sillon palpébral inférieur existe une sécrétion muco-purulente qui, mélangée aux larmes, s'écoule continuellement sur la joue et y produit un érythème avec excoriations.

L'orbite est occupée par une tumeur faisant, entre le sourcil et le globe de l'œil, une saillie du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur présente, à sa partie inférieure, une dépression correspondant au globe oculaire; elle est indolente, demi-molle, formée de deux bosselures principales, l'une plus ferme et plus résistante que l'autre, mais donnant toutes deux une sensation de fluctuation qui fait croire à l'existence d'un kyste.

Opération. — Le 19 novembre, la paupière supérieure est incisée transversalement sur la partie la plus saillante de la tumeur, à deux travers de doigt au-dessous du sourcil.

L'aponévrose orbito-oculaire très-apparente était tendue au devant de la tumeur; elle fut incisée dans une petite étendue et une substance molle et rougeâtre qui rappelait un peu la substance du testicule, fit hernie à travers l'ouverture, nous prouvant que nous n'avions pas affaire à un kyste. L'aponévrose fut largement ouverte et la tumeur détachée avec les doigts. L'énucléation fut assez facile, si ce n'est à la partie externe vers le fond de l'orbite, où il fallut se servir du bistouri.

On avait alors sous les yeux une profonde cavité à la partie interne et inférieure de laquelle on reconnaissait le muscle droit interne et droit supérieur qui n'avaient point été atteints pendant l'opération. Le doigt sentait le nerf optique allongé. Entre le pédicule du bulbe et la voûte orbitaire, il n'existait plus de traces de la glande lacrymale.

La plaie a été réunie à l'aide de la suture métallique et l'œil refoulé dans l'orbite a été soutenu par un bandage légèrement compressif.

La tumeur, dont il serait impossible d'indiquer la forme et le volume avec exactitude, parce qu'elle s'était déchirée pendant l'opération, offrait une masse plus considérable qu'on ne l'aurait soupçonné avant son extraction.

Elle était rougeâtre, grenue, d'un aspect glandulaire évident; le microscope y a fait reconnaître des culs-de-sac caractéristiques avec quelques éléments fibro-plastiques.

Le lendemain de l'opération, il y a un peu de gonflement et de la photophobie.

Le 21, commencement d'érysipèle s'étendant déjà vers le côté droit du visage, céphalalgie violente. Les fils d'argent sont enlevés. Compresses imbibées d'eau de fleurs de sureau.

Le 22, douleur dans le globe de l'œil, pupille très-contractée, l'érysipèle fait des progrès; écoulement de pus abondant sous la paupière supérieure par une petite perforation de la conjonctive qui s'était faite pendant l'opération. La cicatrice de la peau ne s'est point rompue, si ce n'est tout à fait à l'angle externe. La vue est très-affaiblie. Collyre au sulfate d'atropine, continuation des topiques émollients.

Le 23, l'érysipèle, la douleur, la tension, diminuent, le pus coule abondamment à l'angle externe de la cicatrice. La paupière supérieure ne recouvre que très-incomplétement le globe de l'œil, qui n'est pas encore rentré dans l'orbite. Les deux paupières sont rapprochées par une bandelette fixée avec du collodion.

Le lendemain, cette bandelette s'était relâchée et la cornée paraît sèche et trouble. Lotions avec de l'eau glycérinée, réapplication de la bandelette, décoctions mucilagineuses.

La sécheresse de la cornée a persisté jusqu'au 1er décembre, malgré tous les moyens employés, et m'a fait craindre la perte de l'œil. Depuis que le pus avait un écoulement facile par l'angle de la plaie, il ne coulait plus sous la paupière et l'inflammation de la conjonctive décroissait sensiblement. La suppression des larmes n'a été que temporaire, les glandules palpébrales sur lesquelles M. Gosselin a attiré l'attention ont suppléé à la glande lacrymale absente, et l'œil a été suffisamment lubréfié.

Dès le 1er décembre, la cornée était lisse et humide et la vue s'améliora de jour en jour à partir de ce moment.

Le 9, la malade quitta l'hôpital, elle ne souffrait plus. L'œil était encore plus saillant que l'autre; la vue était nette, mais plus faible qu'avant l'opération. J'ai revu mon opérée le 7 janvier 1864, c'est-à-dire un an après sa sortie de l'Hôtel-Dieu de Nantes. L'œil est très-

mobile mais toujours un peu proéminent. La vue s'est améliorée mais est plus faible que du côté sain, ce qui tient en grande partie à la tache de la cornée. La paupière supérieure est toujours paralysée, mais elle n'est plus aussi pendante qu'autrefois, ce qui fait espérer que l'amélioration fera encore des progrès. Enfin l'examen attentif de l'orbite permet d'affirmer qu'il n'y a pas de traces de récidive.

M. LE PRÉSIDENT dépose sur le bureau les nouveaux statuts de la Société impériale de chirurgie de Paris. Il fait observer que les deux exemplaires réglementaires ont été déposés au ministère de l'instruction publique.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Ectropion guéri par autoplastie.

M. DOLBEAU présente une jeune fille à laquelle il a refait, il y a cinq ans, une paupière inférieure. L'ectropion était résulté de la cicatrice vicieuse d'un abcès scrofuleux. Le globe de l'œil, atteint de kératite à répétition, était menacé de destruction. M. Dolbeau coupa d'abord la bride cicatricielle, réunit les paupières par leurs bords libres, puis tailla un lambeau temporal qu'il appliqua sur la perte de substance. Le résultat est aussi satisfaisant que possible. La jeune fille peut fermer l'œil complétement, et de plus la cornée qui était fort gravement altérée ne présente plus aujourd'hui qu'un léger néphélion. En terminant, M. Dolbeau fait remarquer que les cheveux ont continué de pousser sur le lambeau, la jeune fille est obligée de les couper de temps en temps.

LECTURES.

De l'érosion chancreuse.

M. DE SAINT-GERMAIN lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, un travail sur ce sujet.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Cullerier, Dolbeau et Foucher.

Ovariotomie pratiquée avec succès.

M. AUBRÉE (de Rennes) lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national, une observation sur ce sujet.

Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Després, Houel et Labbé.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

M. VERNEUIL ajoute quelques détails à ceux qu'il a déjà donnés,

dans la dernière séance, sur un cas de *sacro-coxalgie* prise pour une *coxalgie hystérique.* Il met de nouveau sous les yeux de la Société l'articulation sacro-iliaque ouverte de manière à faire voir plus complétement la lésion initiale. Elle consiste dans un séquestre de la partie supérieure du sacrum au niveau de sa face articulaire. Ce séquestre est entouré d'une portion de tissu osseux ramolli et suppuré. Il y a eu là une véritable ostéite, puis plus tard une arthrite de voisinage avec abcès ayant fusé jusque dans la portion contiguë de la fosse iliaque. Les ganglions qui accompagnent les vaisseaux iliaques étaient hypertrophiés et altérés, de façon à faire croire à une dégénérescence tuberculeuse, la portion de l'os iliaque sur lequel existait la collection purulente est séparé de son périoste et présente des rudimens d'ostéophytes, l'articulation sacro-iliaque jouit d'une mobilité anormale. C'est donc là, dit M. Verneuil, un nouvel exemple de la confusion possible entre la coxalgie et d'autres lésions étrangères à l'articulation de la hanche. La malade, en effet, présentait, pendant la vie, tous les signes de la coxalgie.

M. DOLBEAU. Je ne saurais partager l'avis de notre collègue quand il dit que sa malade offrait tous les signes de la coxalgie. Il serait plus exact de dire qu'elle en avait l'attitude vicieuse, c'est-à-dire de la contracture de la hanche, ce que personne ne nie, mais ce n'est pas une raison d'admettre l'existence de la *coxalgie hystérique,* c'est-à-dire une coxalgie sans arthrite coxo-fémorale. Chez cette jeune fille, le signe constant, pathognomonique de la coxalgie manquait, à savoir la douleur qu'on développe par la pression directe sur la tête du fémur à travers le pli de l'aine. Or, ce signe ne m'a jamais paru manquer dans l'affection qui mérite vraiment le nom de coxalgie; il existe, même au début, quand il y a arthropathie.

Je reconnais qu'il y a des cas difficiles, mais en explorant directement la tête du fémur on pourra sortir d'embarras, et je continue à soutenir que, quand la douleur en ce point fait défaut, on n'est pas autorisé à admettre qu'il y a coxalgie.

M. MARJOLIN. Je partage la manière de voir de M. Dolbeau en n'admettant pas encore comme démontrée la *coxalgie hystérique,* mais je me sépare de lui quand il fait, de la douleur locale développée par pression directe dans le pli de l'aine, le signe *sine quâ non* de la coxalgie. En effet, j'ai vu ce signe manquer dans certaines coxalgies démontrées par l'autopsie, et de plus, je l'ai rencontré dans des affections étrangères à l'articulation coxo-fémorale.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rappelle brièvement l'observation d'une jeune fille qu'il a vue avec Boyer, et qui après être restée au lit, pendant une année entière, pour une affection présentant les signes de la

coxalgie, s'est un beau jour levée tout à coup sans paraître souffrir. Il demande si ce serait là un cas de *coxalgie hystérique*.

M. VERNEUIL demande qu'on veuille bien lui réserver la parole pour une prochaine séance, afin de lire une observation qui lui paraît renfermer toutes les raisons désirables pour admettre la réalité de la *coxalgie hystérique*.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques;*

Le *Montpellier médical.*

M. Hergott, de Strasbourg, écrit à la Société de chirurgie : « L'opération d'Esmarch, dont j'ai eu l'honneur de l'entretenir, il y a un an, a eu depuis un *insuccès* complet. L'immobilité de la mâchoire est la même qu'auparavant. »

M. le docteur Borelli, de Turin, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

Turin, 11 décembre 1865.

Monsieur le président,

Je viens de lire, dans le compte rendu de la séance du 29 novembre dernier de la Société de chirurgie, dont vous êtes le digne président, une communication faite par M. Alphonse Guérin, par laquelle notre jeune et distingué confrère soumet à l'appréciation de la savante Société un procédé opératoire qu'il croit nouveau pour l'extirpation des polypes naso-crâniens.

La méthode improvisée par M. Guérin, pendant une opération pratiquée par lui, des susdits polypes, est celle que j'applique habituellement dans ces opérations, comme je vais le démontrer tout à

l'heure. En attendant, permettez-moi de faire précéder quelques mots sur la maladie qui réclame cette opération.

Je distingue trois espèces de tumeurs polypeuses dans les cavités nasales, les polypes nasaux, les naso-pharyngiens et les naso-crâniens. Ces derniers peuvent aussi comprendre une quatrième espèce, c'est-à-dire les polypes naso-crânio-pharyngiens. Évidemment, le siége des implantations polypeuses donne le nom aux espèces que je viens d'établir. Dans la première espèce, l'extirpation par les narines, avec les pinces à polypes, ordinairement est suffisante pour une guérison complète, pourvu que toute racine soit bien extirpée et cautérisée si besoin il y a. Dans la seconde espèce, l'extirpation est préférable ordinairement par la gorge, et souvent est nécessaire l'incision du voile du palais pour faciliter les manœuvres opératoires. Dans la troisième et quatrième espèce, les méthodes les plus récentes sont l'ablation du maxillaire supérieur, la perforation de la voûte palatine, selon Nélaton, et la perforation de l'unguis, selon Palasciano. M. Guérin a pratiqué la division du voile du palais, pour ouvrir une large brèche au doigt index explorateur du siége des implantations polypeuses à la base du crâne, et s'est servi d'une lame détachée d'une paire de ciseaux, introduite en même temps dans les narines pour énucléer et détacher les racines du polype signalées par le doigt, et pour ruginer ensuite les os mêmes auxquels s'implantaient ces racines.

Toutes ces manœuvres opératoires sont précisément celles que j'emploie depuis douze ou quinze années. En effet, si on consulte mon ouvrage intitulé *Due Memorie chirurgiche*, dont j'ai eu l'honneur de faire hommage à la Société de chirurgie l'année dernière, on y trouvera : 1° au cap. V, *Atto operation*, pag. 30 du premier Mémoire, et au num. III, pag. 11, et au cap. XIV, pag. 8 de l'appendice à ce Mémoire, la section du voile du palais pratiquée pour l'extirpation, soit de tumeurs de l'arrière-gorge adhérents aux vertèbres, soit de polypes naso-crânio-pharyngiens; 2° on y trouvera au cap. IV, pag. 25 du premier Mémoire, et au cap. XIV, pag. 8 de l'appendice, décrite en détail toute la méthode mentionnée par M. Guérin, avec la seule différence que, au lieu de la lame détachée d'une paire de ciseaux, je me suis servi de longs et forts bistouris, et des pinces même à polypes pour énucléer et détacher ces adhérences polypeuses aux cellules ethmoïdales, aux sinus sphénoïdaux, et aux os de la base du crâne, pour les ruginer ensuite et les cautériser même dans quelques cas.

Il y a plus encore : dans le cap. IV, pag. 22 et suivantes du premier Mémoire, j'ai pratiqué la méthode indiquée dans la discussion par M. Legouest, en faisant une incision médiane depuis la racine du

nez jusqu'à toute la lèvre supérieure, pour mettre à découvert toute la cavité nasale. La spécialité du cas même suggérait presque cette pratique opératoire, comme on peut s'en rendre compte par la description de la lésion, de l'opération, et particulièrement par les figures X et XI du même ouvrage.

Cet individu, qui avait déjà été opéré trois fois de son polype, est finalement guéri par une quatrième opération pratiquée par moi, au mois d'octobre 1856, et aujourd'hui même je l'ai encore revu très-bien portant et guéri radicalement.

Dans quelques jours, j'aurai à pratiquer une opération presque semblable, que j'aurai l'honneur d'adresser à la savante Société de chirurgie, dont je m'honore d'être membre correspondant.

J'ai l'honneur, etc.

A propos de la correspondance :

M. DOLBEAU communique l'observation suivante, qui lui a été adressée par M. le docteur Leroux, chirurgien à l'hôpital de Versailles.

Observation de pied-bot varus équin ayant présenté à l'autopsie des lésions en tous points identiques à celles que M. le professeur Gosselin a constatées et décrites dans une autopsie de pied valgus douloureux (tarsalgie des adolescents).

Le nommé S..., Ernest-Nicolas, âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital pour une affection du pied droit qui lui rend la marche de plus en plus difficile, et ne lui permet d'exercer que très-irrégulièrement sa profession de garçon maçon.

S... a quatre frères bien portants et bien constitués, lui-même jouit d'une bonne santé en dehors de son infirmité.

Ses deux pieds sont mal conformés. Le pied gauche présente un léger varus, puisque, dans la marche, la face plantaire du pied repose presque complétement sur le sol; mais si on place le membre inférieur dans la position horizontale, on constate très-facilement que la face plantaire a une courbure exagérée et regarde légèrement en dedans, que le bord interne du pied est tourné en haut, et que le tendon d'Achille et le tendon du jambier antérieur offrent une saillie plus marquée. Le pied droit, au dire du malade, était en tout semblable au pied gauche, et ce n'est que graduellement qu'il a vu son pied droit se déformer et arriver enfin à l'état de pied varus équin que l'on constate aujourd'hui.

On peut rattacher cette lésion aux causes énoncées par M. le professeur Gosselin dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 novembre 1865,

à savoir : la marche et la station verticale prolongées et les entorses. En effet, dès l'âge de quatorze ans, il exerçait la profession de garçon maçon, et en outre parcourait matin et soir une distance de sept kilomètres qui séparait de Versailles la demeure de ses parents.

La mauvaise conformation de ses pieds se manifesta dès l'âge de sept ans; mais il marcha très-bien jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque à laquelle il éprouva le premier des accidents qui ont déterminé l'affection du pied droit. En montant à une échelle il sauta de $1^{m},50$ de haut et se tourna le pied. Il dut mettre cinq heures pour faire ses 7 kilomètres, resta huit jours au lit chez son père et reprit péniblement ses travaux. Un an après, même accident. Souvent depuis lors il avait le pied droit gonflé le soir.

Il y a deux ans, il sauta par la fenêtre d'un premier étage sur des décombres : son pied s'enfonca dans le sol et tourna encore une fois. Il dut passer trois semaines au lit dans sa chambre et quinze jours à l'hôpital. Depuis lors il ne put travailler d'une manière constante. « Il travaillait quinze jours, dit-il, pour se reposer trois semaines. »

L'articulation resta douloureuse : il ne put bientôt plus marcher que sur le bord externe de l'extrémité du pied; quand il cherchait à appuyer le poids de son corps sur la face plantaire, son pied tournait et il en ressentait une vive douleur. L'adduction du pied avec abaissement de son extrémité antérieure se prononça de plus en plus. Le talon se releva, le tarse se tordit et l'arcade plantaire regarda directement en dedans et en arrière. Cependant les mouvements produits quand on saisissait son pied avec la main et qu'on le faisait aller dans divers sens, ne lui faisaient point éprouver cette douleur qui l'empêchait de marcher sur la face plantaire. Il sentait seulement *ses nerfs se roidir* quand on portait le pied dans l'abduction.

Sans insister sur les indications d'une opération, nous dirons que le malade a été amputé le 11 décembre 1856, ce qui nous a permis de constater ce qui suit :

La peau, le tissu cellulaire sous-jacent, les muscles, n'ont offert rien de particulier au point de vue de la structure. Sur la face plantaire ou sur le bord externe du pied aucune trace d'induration, indice d'une pression plus particulière portée sur un point que sur un autre, pas de plaies, pas de fistules. Le système musculaire était d'une couleur rouge, en tout semblable à la couleur des muscles les plus sains. Leur développement était prononcé. Ce que nous avons trouvé à noter, ce sont des lésions dans les articulations du tarse.

1° *Dans l'articulation tibio-tarsienne.* — La surface tibio-péronière ne présente point d'altération. L'astragale offre une semi-luxation en avant et en dehors. Destruction du cartilage diarthrodial à

la partie antérieure de la poulie dans une étendue transversale égale au diamètre de la poulie, ayant 4 ou 5 millimètres dans le sens antéro-postérieur, dans toute la moitié interne et arrivant à 15 millimètres sur le bord externe; limitée à son bord inférieur par une courbe concave directement en bas et à son bord supérieur par une ligne de raccordement, allant de l'extrémité de l'ulcération du bord externe rejoindre le milieu de l'ulcération. Dans une étendue de 5 à 10 millimètres le cartilage qui borde cette ulcération est aminci et présente une teinte légèrement violacée indiquant la vascularisation sous-jacente. L'astragale écartée de la mortaise péronéo-tibiale laisse voir dans la moitié postérieure de la poulie une perte de substance de forme triangulaire à base dirigée en bas et en arrière, à sommet dirigé en haut. La hauteur de ce triangle équilatéral est inclinée en dedans sur l'axe de la poulie et offre 7 à 8 millimètres de longueur. Le fond en est grisâtre et contraste avec la coloration blanche du cartilage voisin.

La synoviale ne présente ni épaississement ni vascularisation.

2° *Articulation astragalo-scaphoïdienne.* — Sécheresse remarquable. Sur la tête de l'astragale large destruction de 2 centimètres de diamètre, avec amincissement, et occupant la moitié externe de cette tête; irrégulièrement circulaire et regardant en bas et en dedans. Le cartilage a complétement disparu et le tissu osseux sous-jacent est moins résistant mais se laisse difficilement entamer par le scalpel. Une teinte rouge vineuse se fondant vers le cartilage sain.

Du côté du scaphoïde, seulement amincissement du cartilage correspondant à la demi-circonférence interne de la surface articulaire.

Aucune lésion de la synoviale ou des ligaments.

3° *Articulation astragalo-calcanéenne.* — Rien de particulier à noter.

4° *Articulation calcanéo-cuboïdienne.* — Du côté du calcanéum large destruction du cartilage diarthrodial, occupant toute la moitié externe de cette surface. Amincissement du cartilage dans le reste de son étendue. Teinte rosée sous-jacente se fondant vers la partie interne.

Du côté du cuboïde, destruction du cartilage dans la moitié inférieure de la surface. Cette destruction se prolonge jusqu'à la partie supérieure du cuboïde le long du bord externe, et le cartilage est aminci sur les bords de cette destruction. Même état de sécheresse des surfaces articulaires.

Scié suivant son diamètre antéro-postérieur, l'astragale présente une densité remarquable du tissu spongieux se laissant difficilement attaquer par le scalpel. Teinte rosée générale, plus foncée dans l'es-

pace de 1 centimètre sur les bords correspondants aux ulcérations et de 4 à 5 millimètres sur ceux correspondant aux cartilages non ulcérés.

Le calcanéum présente à la coupe la même densité, résistance et injection du tissu osseux. Teinte plus foncée au niveau de la surface calcanéo-cuboïdienne ulcérée.

Le cuboïde est moins injecté. La coupe est blanche à la partie antérieure et ne devient rosée qu'au-dessous du cartilage ulcéré.

L'ensemble de toutes ces lésions peut se résumer en ces quelques mots :

Amincissement et destruction partielle des cartilages articulaires, avec légère ostéite, sans lésions de la synoviale et des ligaments. Il faut noter de plus que les altérations portent non-seulement sur les surfaces subluxées, mais encore sur certains points qui ont conservé leurs rapports articulaires.

A cette observation se trouve jointe la pièce anatomique que M. Dolbeau met sous les yeux de la Société en faisant constater chacune des lésions décrites ci-dessus.

M. VERNEUIL. Je partage tout à fait l'opinion de M. Gosselin et de M. Dolbeau. J'ajouterai que cette variété d'arthrite présente ceci de particulier, qu'elle n'offre aucune tendance à la suppuration et s'accompagne ordinairement de la contracture des muscles voisins. J'ai, en ce moment, à l'hôpital Lariboisière, un malade qui présente toutes ces lésions avec crépitation, mobilité anormale des articulations et le pied plat. Un deuxième malade offre un exemple de pied-bot valgus douloureux, et, du côté opposé, il se manifeste, de temps à autre, un peu de douleur accompagnée de frottements rudes; de plus les articulations du scaphoïde avec les cunéiformes sont un peu lâches. Une cautérisation ponctuée apporte presque toujours un soulagement immédiat, mais passager. Un de ces malades a déjà subi six fois cette cautérisation. Dans ces faits, la contracture m'a paru consécutive à l'arthrite.

M. TRÉLAT insiste sur les différentes lésions osseuses et cartilagineuses qu'on retrouve sur les articulations présentées par M. Dolbeau.

M. DOLBEAU répond que toutes ces lésions sont décrites avec soin dans l'observation de M. Leroux (de Versailles), et cette description paraît identique à celle faite par M. Gosselin, à l'Académie de médecine, la déformation seule diffère ; mais, du reste, mêmes lésions à différents degrés dans les diverses jointures ; dans aucune il n'existe ni pus, ni sérosité, ni sang. C'est une véritable arthrite sèche.

M. LARREY confirme l'identité, au point de vue des lésions articulaires, entre cette pièce et celle de M. Gosselin ; il exprime ensuite le

regret que le chirurgien n'ait pas justifié l'amputation pour une pareille maladie.

M. TRÉLAT. L'intensité de la douleur peut quelquefois autoriser des opérations aussi graves. Il y a quelque temps, M. Richet nous a rapporté l'observation d'un sujet qui avait subi l'amputation de la jambe pour un abcès du tibia non diagnostiqué, et par cela seul qu'il éprouvait dans la partie enlevée des douleurs intolérables.

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats à la place de *membre titulaire* vacante en ce moment.

Cette commission se trouve composée de MM. Verneuil, Perrin et Trélat.

RAPPORT.

M. LEFORT lit un rapport étendu sur une observation présentée récemment par M. le docteur Gaujot, sous le titre de : *Anévrysme diffus du tronc brachio-céphalique*.

Ce rapport et l'observation de M. Gaujot sont renvoyés au comité de publication.

A propos de ce rapport :

M. BROCA se range à l'opinion de M. Lefort sur les dangers qu'aurait présentés l'introduction d'aiguilles dans la tumeur anévrysmale; il pense aussi qu'on n'aurait pu d'ailleurs obtenir ainsi que des caillots mous, incapables d'amener l'oblitération du sac. Quant au procédé de galvanisation proposé par M. Lefort, il le croit incapable d'obtenir l'effet désiré, la coagulation du sang, et cela par la raison que l'électricité suit tout naturellement les corps qui la conduisent le mieux. Or, les plaques appliquées sur la peau transmettraient le courant électrique par la peau et les tissus sous-cutanés, mais elles ne les feraient pas atteindre la colonne sanguine, qui est beaucoup moins bon conducteur.

On peut bien agir, comme le conseille M. Lefort, sur des tumeurs solides, telles que des masses ganglionnaires, et cela a déjà été tenté, mais alors on n'agit pas chimiquement; on produit une simple irritation, une augmentation d'activité fonctionnelle, qui tantôt produit la suppuration, tantôt, mais plus rarement, la résolution.

M. LEFORT, s'appuyant sur ce qu'il a pu voir en galvanoplastie, pense que l'électricité n'a peut-être pas besoin de passer par le liquide pour agir sur lui : la simple action de voisinage pourrait peut-être suffire.

M. BROCA ne pense pas qu'on puisse comparer ce qui se passe dans la galvanoplastie avec la coagulation du sang produite par le courant électrique, il a fait des expériences sur du sang liquide contenu dans une cuve métallique, à travers laquelle il faisait passer un courant galvanique, et jamais il n'a pu obtenir de coagulation sans introduire des fils conducteurs dans la masse sanguine; il ne suffit pas de produire une action chimique comme dans les phénomènes de galvanoplastie, il faut une action physique, sans quoi la coagulation est insignifiante ou manque complétement, quelle que soit l'intensité du courant; en somme, l'action de l'électricité ne peut s'exercer que par la galvanopuncture, c'est-à-dire au moyen d'aiguilles traversant les parois du sac anévrysmal et plongeant dans le liquide sanguin. Comme dernière raison à l'appui de sa manière de voir, M. Broca ajoute que, s'il en était autrement et si la coagulation du sang pouvait ainsi être obtenue par action de voisinage, il n'y aurait pas moyen de se faire électriser sans danger de mort.

M. LEFORT pense que c'est à l'expérience de prononcer en dernier ressort sur la valeur de la galvanisation à distance, comme moyen curatif de certaines tumeurs anévrysmales.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, HIP. BLOT.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. LALA (de Rodez) lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national, une observation de luxation ancienne du coude, compliquée de fracture de l'olécrâne et réduite avec succès; cette observation est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Després, Trélat et Perrin.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :
Les journaux de la semaine.

RAPPORT.

Recherches sur la transfusion, par M. Oré (de Bordeaux).

M. Labbé lit, sur le mémoire de M. Oré, le rapport suivant :

Dans la séance du 5 août 1863, notre président, M. Broca, lisait devant vous un rapport favorable, sur un travail relatif à la transfusion du sang, présenté quelque temps auparavant à la Société de chirurgie, par un de nos plus distingués confrères de la province, M. le docteur Oré, professeur de physiologie à l'École de médecine de Bordeaux, et chirurgien de l'hôpital Saint-André.

L'honorable rapporteur, après avoir indiqué les points les plus saillants du travail de M. Oré, et après avoir montré que le mémoire dont il venait de donner l'analyse, était surtout remarquable au point de vue de l'histoire et de la critique, terminait par plusieurs conclusions, dont la seconde était conçue en ces termes : « Inviter l'auteur à faire parvenir prochainement à la Société de chirurgie le travail de physiologie expérimentale où seront consignés les résultats de ses recherches personnelles. »

M. le docteur Oré n'a pas failli, messieurs, à la tâche qu'il s'était imposée, et aujourd'hui je viens vous rendre compte d'un important mémoire, dans lequel se trouvent consignées de nombreuses expériences, bien propres à entraîner la conviction, et en tout cas bien dignes d'attirer de nouveau l'attention des chirurgiens sur l'opération importante de la transfusion du sang chez l'homme.

Je m'estime heureux d'avoir été désigné pour rendre compte du travail de M. Oré, car je puis lui apporter l'appoint de ma conviction, et parler sciemment de faits qu'il m'a été donné d'observer souvent dans le laboratoire de mon maître le professeur Longet, sous la direction duquel j'ai pratiqué la transfusion un grand nombre de fois, pendant l'été de 1863. J'ajoute, dès à présent, que j'ai assisté notre confrère de Bordeaux, dans les expériences relatives à la transfusion du sang opéré des mammifères aux oiseaux, et de ceux-ci aux mammifères, et que j'ai pu vérifier par moi-même l'entière exactitude des résultats consignés sur ce point, dans son mémoire. M. Oré a divisé son travail en trois parties :

Dans la première, il décrit les appareils employés à diverses époques pour opérer la transfusion.

Dans la seconde, il donne la relation de ses expériences person-

nelles faites soit avec le sang tel qu'il sort des vaisseaux, soit avec quelques-uns des éléments qui le constituent.

Dans la troisième, il apprécie plus spécialement le rôle de la fibrine.

Première partie. — Richard Lower, vers 1667, décrit le premier un appareil et un procédé pour opérer la transfusion. Il se sert de deux tuyaux de plume, qu'il fixe de la façon suivante : l'un est placé dans l'artère carotide (tuyau carotidien) d'un chien, deux autres dans la veine jugulaire d'un autre chien ; de ces deux derniers, le premier est dirigé vers le cœur (tuyau cardiaque), et devra recevoir le sang transfusé ; le second est dirigé vers la tête (tuyau céphalique), et doit servir à laisser sortir une certaine quantité de sang pour rendre l'animal plus ou moins exsangue. L'intervalle compris entre le tuyau carotidien et le tuyau cardiaque est rempli par une série de tubes articulés entre eux.

Ce fut cet appareil qui, au xviie siècle, fut employé en France par Denys. Au moyen de cet appareil, on opérait la transfusion directement, et un fait important à signaler, c'est qu'à cette époque, les expérimentateurs eurent presque toujours recours à la transfusion immédiate.

Condamnée par la fameuse sentence du Châtelet (17 avril 1668), la transfusion du sang paraissait à tout jamais abandonnée, lorsqu'en 1818, Blundell appela de nouveau l'attention sur elle. Il fit construire, pour pratiquer la transfusion, un appareil un peu plus compliqué, mais fort analogue à celui de Richard Lower.

Dieffenbach pratiqua la transfusion immédiate et la transfusion médiate. Dans le premier cas, il se servit d'un tube dont il introduisait l'un des bouts dans l'artère d'un chien, et l'autre bout dans la veine jugulaire d'un autre chien.

Pour opérer la transfusion médiate, il employa la seringue à injection.

La plupart des chirurgiens ayant donné la préférence à la transfusion médiate, on s'efforça de construire des seringues, telles que l'opérateur pût, autant que possible, être assuré de ne pas injecter de l'air, en même temps que le sang. L'on doit, à ce propos, rappeler les efforts tentés par M. Mathieu, sous l'habile direction du professeur Pajot.

Enfin, dans ces dernières années, M. Moncocq, alors étudiant en médecine, fit fabriquer un appareil fort ingénieux, à l'aide duquel il se proposait « de mettre en rapport, par un courant non interrompu, un sujet pléthorique, destiné à fournir le sang, et un sujet anémique destiné à le recevoir. »

A la même époque, M. Oré arrivait de son côté, en se servant d'appareils nouveaux et successivement perfectionnés, à atteindre le même but que M. Moncocq.

Je ne veux pas ici vous décrire ces divers instruments; la description serait toujours insuffisante, tandis que l'examen direct pourra tous vous convaincre de leur simplicité et de leur efficacité pour atteindre le but désiré.

J'ai personnellement mis en usage un grand nombre de fois l'appareil de M. Moncocq, et j'ai toujours obtenu les résultats les plus satisfaisants.

L'examen attentif des figures jointes au mémoire de M. Oré et la lecture de la description minutieuse qu'il donne des appareils qui lui sont propres, m'ont aussi, je dois le déclarer, convaincu de leur efficacité; cependant j'incline à croire que l'appareil de M. Moncocq présente sur celui de M. Oré quelques légers avantages.

En tout état de choses, nous devons reconnaître qu'aujourd'hui, grâce aux efforts tentés par MM. Oré et Moncocq, nous possédons des instruments suffisamment perfectionnés, pour ne plus songer à pratiquer la transfusion médiate, et par suite pour ne plus redouter les divers accidents qui longtemps ont mis en défiance les chirurgiens, et ont donné lieu à des interprétations théoriques nombreuses et fort diverses.

Deuxième partie. — *Expériences de transfusion faites soit avec le sang sortant des vaisseaux, soit avec quelques-uns des éléments qui le constituent.*

Dans cette seconde partie, M Oré s'efforce de répondre à diverses questions dont la première est celle-ci : Est-il possible de ramener à la vie un animal rendu exsangue par une forte hémorrhagie, en faisant pénétrer dans ses vaisseaux du sang pris à un autre animal ? L'auteur rappelle ici les nombreuses expériences relatées dans son premier mémoire, expériences dues à Denys et Enemeretz, à Richard Lower, à Blundell, à Dieffenbach, Bischoff, Nicolas, Magendie, Longet, et apporte un contingent de faits nombreux qui lui sont personnels, insistant particulièrement sur une expérience pratiquée dans le laboratoire de M. Longet au mois d'octobre dernier, en présence de MM. les professeurs Gosselin et Charles Robin, de M. Lucien Corvisart et de votre rapporteur.

Un chien de haute taille fut rendu presque complétement exsangue; on n'entendait plus qu'une sorte de murmure sourd à la place des battements du cœur, les muscles des membres et du cou étaient dans un état presque complet de relâchement. La transfusion immédiate fut alors pratiquée à l'aide de l'appareil de Moncocq; 90 grammes de

sang empruntés à un autre chien, placé sur la table à expérience, à côté du premier, furent injectés dans la veine crurale du moribond, et presque aussitôt, les battements du cœur reparurent, les muscles se contractèrent, et l'animal délivré des liens qui le retenaient, et placé par terre, marcha dans l'appartement.

Aujourd'hui les faits de cette nature se sont multipliés, et l'on est parfaitement autorisé à conclure qu'incontestablement « la transfusion peut rappeler à la vie un animal rendu exsangue par une forte hémorrhagie. »

Mais parmi les divers éléments du sang quels sont ceux qui prennent la part la plus active dans cette véritable résurrection? question importante qui a donné lieu à de nombreuses expériences de la part de plusieurs physiologistes.

Expériences faites avec le sérum, puis avec la fibrine. — Dans dix expériences, M. Oré a injecté du sérum chez des animaux exsangues, et, dans aucun cas, il n'a pu les rappeler à la vie que pour quelques heures, 5 à 6 heures au plus. Déjà Dieffenbach avait obtenu de pareils résultats et Magendie avait presque toujours vu les animaux succomber; cependant il avait pu, disait-il, faire vivre un animal pendant 24 heures, après l'injection d'une quantité notable de sérum. La raison de ce résultat insolite est facile à trouver : il s'agissait bien évidemment, ainsi que le fait remarquer M. Oré, d'un animal auquel on avait laissé une quantité de sang assez considérable.

A la suite des injections pratiquées avec la fibrine dissoute dans l'eau additionnée d'une certaine quantité de sérum, dans celles faites avec la fibrine dissoute dans l'eau pure, les animaux sont morts encore plus rapidement.

De tous ces faits M. Oré tire cette conclusion légitime : « Ni le sérum, ni la fibrine, pris isolément ou réunis, ne peuvent ranimer un animal épuisé par des pertes de sang considérables. »

Expériences faites avec les globules sanguins. — Après avoir retiré à des chiens une certaine quantité de sang veineux, l'opérateur fit tomber doucement un filet d'eau sur le caillot. Par le lavage il obtint un liquide fortement coloré en rouge, et dans lequel le microscope permettait de reconnaître les globules dans un état d'intégrité à peu près parfaite, quoique dilatés un peu par la pénétration de l'eau à travers la paroi des cellules.

Ce liquide a été injecté chez six animaux, deux chiens, deux lapins, un coq et une poule. Les deux chiens ont guéri, mais ils sont revenus très-lentement à la santé et sont restés très-faibles pendant les six premiers jours qui ont suivi l'opération. Un des lapins a également

guéri ; l'autre lapin, le coq et la poule sont morts, l'un après 22 heures, les autres après 8 et 10 heures.

Trois résultats favorables ont été obtenus sur six expériences. On pourrait objecter que la nature des globules du sang de chien, injectés chez le coq et la poule, a suffi pour amener la mort, mais nous verrons plus tard que, d'après les recherches récentes de M. Oré, du sang de mammifère étant injecté chez des oiseaux, ceux-ci purent continuer à vivre.

Les expériences précédentes tendent bien à démontrer que les globules sont la partie active du sang, mais elles ne pourraient autoriser à pratiquer la transfusion avec de l'eau chargée de globules, et nous sommes heureux de voir M. Oré arriver aussi à cette sage conclusion.

Expériences de transfusion exécutées avec le sang tel qu'il sort des vaisseaux. — A la suite de deux expériences de transfusion médiate à l'aide de la seringue, Blundell était arrivé à cette conclusion, « que le sang peut être transmis par la seringue, et cela à plusieurs reprises, sans devenir impropre aux fonctions vitales. »

M. Oré accepte la première partie de la conclusion, mais à la seconde il oppose la dénégation la plus formelle, niant que, comme cela a dû avoir lieu dans la seconde expérience de Blundell, le sang ait pu, pendant 24 minutes, et cela à plusieurs reprises, passer par la seringue, sans perdre les qualités qui sont indispensables pour que la transfusion soit exécutable.

Après Blundell, vient Dieffenbach, qui pratique la transfusion médiate à l'aide de la seringue et «de ses expériences, conclut, que le sang tiré des vaisseaux ne perd ses propriétés revivifiantes qu'au bout de 3 heures. » Cette nouvelle affirmation, pas plus que celle de Blundell, n'est acceptée par le physiologiste de Bordeaux.

Dieffenbach fit en outre des expériences de transfusion immédiate. Sur onze animaux (6 chiens, 2 chats, 1 vieille brebis, 1 veau et 1 chevreau), six survécurent à l'opération (3 chiens, 1 chat, la brebis et le veau), et Dieffenbach de conclure « que si la transfusion immédiate peut quelquefois sauver la vie, même dans les cas heureux, elle n'est pas sans danger. »

Messieurs, les résultats obtenus par le chirurgien de Berlin, loin d'être défavorables à la transfusion immédiate, doivent au contraire fournir des arguments en sa faveur, si l'on considère que plus de la moitié des animaux ont survécu, alors que l'on employait un appareil fort imparfait.

J'ai dit au commencement de ce rapport que Dieffenbach se servait d'un tube dont les deux extrémités étaient placées dans les vais-

seaux des deux animaux en expérience. Or ce tube devait présenter une certaine longueur, et comme il n'avait pu être purgé de l'air qu'il renfermait, cet air passait nécessairement dans les vaisseaux de l'animal soumis à la transfusion. Vous savez que, dans un remarquable travail sur l'injection de l'air dans les veines, M. Oré a démontré qu'une quantité minime de ce gaz peut circuler dans les vaisseaux, sans compromettre immédiatement la vie, mais cela n'est possible que lorsque l'animal n'a pas été préalablement épuisé par une forte hémorrhagie. Dans le cas au contraire où les animaux sont exsangues, une quantité d'air, même peu considérable, arrive facilement dans les cavités droites, les distend, et peut rapidement amener la mort, surtout si l'animal est de petite taille. Une partie des cas malheureux de Dieffenbach peuvent être expliqués de cette façon, et ne doivent pas justifier les reproches que le chirurgien allemand adresse à la transfusion immédiate, seul procédé qui, comme le pense M. Oré et comme je le crois moi-même, doive être mis aujourd'hui en usage.

Nous allons maintenant suivre pas à pas M. Oré dans la série d'expériences qu'il a instituées pour pouvoir conclure à la supériorité incontestable de la transfusion immédiate. Confiant dans les assertions de Blundell et de Dieffenbach, cet habile physiologiste pensa qu'il pratiquerait la transfusion médiate très-facilement, et grand fut son étonnement lorsqu'il se vit aux prises avec les difficultés résultant de la coagulation rapide du sang. Dans les premières expériences, le sang fut recueilli dans un vase placé au milieu d'un bain-marie, chauffé à 38 ou 40° centigrades; le vase ne pouvait donc faire subir au sang aucun refroidissement. Malgré ces précautions, quelques secondes après sa sortie, une partie du sang était déjà coagulée. Les animaux succombèrent (22 furent opérés), et l'on constata, dans tous les cas, que des caillots qui obstruaient la canule s'étaient opposés à l'injection.

De nouvelles expériences furent faites en ayant soin de recevoir le sang dans un vase qui n'avait pas été préalablement chauffé et qui se trouvait en équilibre de température avec le milieu ambiant. — L'opérateur agissait au mois de novembre (1862) par une température de 13 degrés au-dessus de zéro. La coagulation ne commença à s'effectuer que deux minutes après que le sang eut été tiré de la veine. Guidé par ce fait, M. Oré continua ses observations et put constater : « que plus la température extérieure est basse, plus la « coagulation du sang est retardée. » A l'aide d'une seringue, dans l'intérieur de laquelle était encadrée une toile métallique à mailles très-fines, destinée à retenir les plus petits caillots, il injecta du sang

dont la température était tombée à 6 degrés, à 4 chiens et à 3 lapins ; 3 chiens et 1 lapin furent ramenés à la vie. Un chien et 2 lapins succombèrent ; des caillots assez volumineux s'étaient engagés dans les mailles de la toile métallique, et avaient empêché, chez ces derniers animaux, le sang de passer par la canule.

Un fait semblait acquis : « la réfrigération du sang retarde la formation du caillot. »

M. Oré voulut alors se rendre un compte exact de l'influence du contact de l'air sur la coagulation du sang. Pour cela, dans un petit appareil en caoutchouc, fort ingénieusement disposé, et dans lequel on avait pu faire préalablement le vide, il recueillit une certaine quantité de sang. Au bout de dix minutes, le sang était encore liquide, ne renfermant que quelques petits caillots isolés.

Même expérience répétée, la poche de caoutchouc étant placée dans un liquide marquant 4 à 5 degrés au-dessus de zéro. — Après un quart d'heure la plus grande quantité du sang est encore liquide.

Troisième expérience. — Le sang fut reçu dans la poche, placée dans un vase rempli d'eau et entouré d'un mélange de glace et de sel marin. Au bout de vingt minutes, la pointe de la canule, faisant suite à la poche, et qui était restée dans la jugulaire du chien, tournée du côté céphalique, fut dirigée alors vers le cœur. On pressa sur la poche, et on restitua à l'animal son propre sang, sorti de ses vaisseaux depuis vingt minutes, et dont la température était descendue à 0 degré. L'animal survécut et se rétablit complétement.

Messieurs, cette remarquable expérience, je ne pouvais m'empêcher de vous la raconter avec détail, pour vous convaincre de l'importance qu'acquiert dans la transfusion l'absence du contact de l'air d'avec le sang. N'est-ce pas en effet vous amener en même temps à cette conclusion, que la transfusion immédiate faite à l'aide d'appareils perfectionnés, permettant au sang de passer d'un animal à l'autre, en évitant le contact de l'air, doit être de beaucoup la méthode qui fournira les meilleurs résultats.

C'est, messieurs, ce qu'a bien compris M. Oré, et c'est pour arriver à ce but qu'il a construit divers appareils devenus successivement plus perfectionnés. J'ai déjà eu l'honneur de rappeler le nom de M. Moncocq, qui, de son côté, nous a donné un instrument assez parfait pour nous mettre à même de pratiquer aujourd'hui la transfusion immédiate, aussi bien sur l'homme que sur les animaux.

Je le répète, grâce aux expériences nombreuses et variées de M. Oré, nous sommes en droit de conclure « que la transfusion im- « médiate doit être préférée à la transfusion médiate. »

Troisième partie. — J'ai enfin à vous entretenir des expériences

comprises dans la troisième partie du mémoire de M. Oré, et relatives au rôle de la fibrine dans la transfusion. Les résultats des recherches de notre confrère nous amèneront de nouveau à la conclusion que je viens d'énoncer.

Première question : Le sang défibriné perd-il ses propriétés revivifiantes ? Malgré l'assertion contraire de Magendie, trop facilement acceptée par M. Moncocq, préoccupé qu'il était de faire adopter son appareil à transfusion immédiate, les nombreuses expériences de Dieffenbach, Muller, Bischoff, et celles plus récentes de M. Oré, démontrent que le sang défibriné peut rappeler à la vie les animaux exsangues. Quelques cas pathologiques, peu nombreux il est vrai, et encore incomplets, semblent avoir donné aussi chez l'homme la démonstration de ce fait.

Deuxième question : Le sang d'un animal peut-il être transfusé à un animal d'une espèce ou d'une classe différente ? Au XVII[e] siècle, nous voyons Denys transfuser avec succès le sang de 3 veaux à 3 chiens, et être aussi heureux à la suite de la transfusion opérée chez trois hommes avec le sang retiré à des agneaux. La question en était là, lorsque MM. Prévost et Dumas reprirent une partie de ces expériences. De leurs recherches ils conclurent que « l'on éprouvait de grandes difficultés à ranimer les animaux avec du sang emprunté à d'autres animaux d'une espèce différente. »

Ils opérèrent la transfusion des mammifères aux oiseaux, et virent ceux-ci mourir au milieu d'accidents nerveux très-prononcés et comparables pour leur rapidité à ceux que l'on obtient à l'aide des poisons les plus violents.

Dieffenbach obtint des résultats à peu près identiques.

Puis vint Bischoff qui varia ses expériences sur la transfusion pratiquée des mammifères aux oiseaux.

Il injecta d'abord du sang de mammifère non défibriné à des oiseaux, et il vit ces derniers succomber au milieu de convulsions, et la mort arriver avec tous les symptômes d'un empoisonnement narcotique violent.

Puis il injecta dans la jugulaire de coqs du sang de veau, préalablement défibriné, et les animaux se rétablirent.

De ces faits Bischoff conclut que la mort est due à la présence de la fibrine, substance qui contient un principe délétère et donne lieu à de véritables phénomènes d'empoisonnement.

Est-il exact de dire que la fibrine renferme un élément toxique ? Les accidents qui se sont produits entre les mains des expérimentateurs que nous venons de citer, ne peuvent-ils recevoir une autre interprétation ?

Messieurs, vous devez être frappés de la différence des résultats obtenus d'un côté par les expérimentateurs du XVIIe siècle, et de l'autre côté par Prévost et Dumas, Dieffenbach et Bischoff. On était autorisé à croire que de semblables divergences pouvaient tenir au mode opératoire différent employé par les expérimentateurs. Là était en effet le nœud de la question; au XVIIe siècle on avait opéré la transfusion immédiate, et on avait réussi; les physiologistes modernes avaient pratiqué la transfusion médiate, et leurs tentatives avaient été suivies d'insuccès.

Les dernières expériences que M. Oré a pratiquées, avec mon concours, le 26 octobre dernier, ne laissent plus de doute sur la légitimité de cette interprétation des faits.

Du sang de canard a été transfusé à deux chiens, et ceux-ci n'ont éprouvé aucun malaise.

Ensuite un canard, auquel on avait enlevé environ 40 grammes de sang, reçut dans sa veine jugulaire 30 grammes, pris dans la veine fémorale d'un jeune chien. La transfusion fut pratiquée avec l'appareil de M. Moncocq. L'animal fut peu impressionné par cette opération, et il s'est rétabli complétement.

D'où cette conclusion: il est possible de transfuser à un animal d'une espèce le sang provenant d'un animal d'une autre espèce, pourvu que ce liquide arrive dans les veines du premier tel qu'il circule dans les veines du second. Cette condition, vous l'avez vu, ne peut être obtenue qu'à l'aide de la transfusion immédiate. La théorie qui attribue à la fibrine les propriétés toxiques repose simplement sur un défaut dans l'expérimentation, et les phénomènes convulsifs qui ont été attribués à cette cause imaginaire doivent être rapportés à la présence dans les vaisseaux d'embolies multiples, résultant de l'injection d'un sang déjà en partie coagulé.

J'espère, messieurs, vous avoir fait saisir comment M. Oré, après avoir pris en main la cause de la transfusion immédiate, a montré, par ses nombreuses et remarquables expériences sur les animaux, la supériorité de ce mode opératoire sur celui de la transfusion médiate; j'ajoute que, grâce aux appareils perfectionnés que nous possédons, les chirurgiens pourront désormais tenter la transfusion immédiate de l'homme à l'homme.

Messieurs, outre le travail important dont je viens de vous donner l'analyse, M. Oré a déjà soumis plusieurs mémoires au jugement de la Société de chirurgie. Je me permettrai de vous rappeler en outre ses belles expériences sur l'oblitération de la veine porte.

M. Oré est placé, à Bordeaux, à la tête d'un service de chirurgie de l'hôpital Saint-André, et à même, par conséquent, de recueillir des

faits importants, dont il s'empressera toujours de vous faire le premier hommage.

Je propose à la Société :

1° De remercier M. Oré de son importante communication ;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication ;

3° D'inscrire son nom, en bon rang, sur la liste de présentation aux places de membre correspondant national, actuellement vacantes.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

Le rapport de M. Labbé sera inséré dans le Bulletin.

ÉLECTIONS.

Élection du Bureau pour 1866.

Élection du président. — Sur 32 votants : M. Giraldès obtient 29 voix ; M. Follin, 1, M. Legouest, 1; bulletin blanc, 1.

M. Giraldès est élu président.

Élection du vice-président. — Sur 31 votants : M. Follin, 25 voix ; M. Forget, 2; M. Guérin, 2; M. Verneuil, 1; billet blanc, 1.

M. Follin est élu vice-président.

Élection des secrétaires annuels. — Sur 31 votants : M. Guyon, 26 voix; M. Dolbeau, 19; M. Lefort, 9; M. Tarnier, 2; M. Desprès, 2; MM. Blot et Labbé, chacun 1.

MM. Guyon et Dolbeau sont élus secrétaires annuels.

MM. Houel et Verneuil sont maintenus, par acclamation, le premier dans ses fonctions de trésorier, le second dans celles d'archiviste.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture de deux rapports :

L'un de M. Lefort, au nom de la Commission du prix Duval;

L'autre de M. Follin, sur les candidats au titre d'associés étrangers et de membres correspondants nationaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1865.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le discours prononcé par M. le docteur Aubry, dans la séance de rentrée des Facultés de Rennes ;

Le *Bulletin de la Société médicale du Panthéon ;*

— La lettre suivante de M. le docteur Azam (de Bordeaux) :

« Monsieur le Président,

« Une nouvelle Société médico-chirurgicale vient de se fonder à Bordeaux dans le but de réunir et de publier les faits cliniques observés dans les hôpitaux de toute nature.

« Les cas de chirurgie y sont nombreux, et presque tous avaient été jusqu'ici perdus pour la science. Désormais, il n'en sera plus ainsi, ces faits seront recueillis avec soin, discutés et publiés. Chaque année, nous aurons l'honneur de vous adresser un exemplaire de nos travaux.

« Nous espérons que la Société de chirurgie de Paris, composée d'hommes qui connaissent le prix de l'observation et du travail, accueillera avec sympathie les efforts de la Société naissante. »

— M. le docteur Ozanne, 1er chirurgien de l'hôpital civil de Versailles, écrit pour rectifier l'observation communiquée à la Société par son adjoint, M. le docteur Leroux, intitulée : « Observation de pied-bot varus équin ayant présenté à l'autopsie des lésions identiques à celles qui ont été décrites dans le pied valgus douloureux (Tarsalgie des adolescents). »

« Le malade dont il s'agit est garçon-maçon. Au bout de dix-huit mois de souffrances, ne trouvant plus d'ouvrage, parce que, comme il le dit lui-même, il ne pouvait plus travailler, il se décida à entrer à l'hôpital et demanda l'amputation que je refusai.

« J'employai le repos, les cataplasmes, et, plus tard, lorsque le gonflement eut disparu, je cherchai, par des appareils appropriés, à redresser le pied, mais tout fut inutile, et cédant aux instances réitérées du malade, après six mois de séjour à l'hôpital, je pratiquai l'amputation de la jambe.

« Je m'abstiens de commentaires et laisse à la Société de chirurgie l'appréciation de ma conduite et de celle de mon adjoint. »

Polypes naso-pharyngiens.

— M. Letenneur, membre correspondant à Nantes, adresse la lettre suivante :

La Société s'est beaucoup occupée, il y a quelques années, des divers procédés à employer pour la guérison des polypes naso-pharyngiens, et l'attention a paru se concentrer alors sur les résections partielles ou complètes du maxillaire supérieur; de là, l'oubli dans lequel on a laissé tomber les moyens plus simples qui avaient été proposés.

Je ne suis point étonné que M. Legouest n'ait point eu connaissance ou n'ait point conservé le souvenir d'une observation publiée par moi en 1858, et dont j'ai envoyé des exemplaires à la Société de chirurgie et à la plupart de ses membres.

J'ai obtenu un très-beau succès par le moyen auquel vient de songer M. Legouest, et je puis dire que depuis 1856, époque de l'opération, il n'y a pas eu de récidive.

Je vous envoie un exemplaire (le seul qui me reste) de cette observation; je vous serai très-obligé d'en donner connaissance à la Société. Elle est curieuse à plus d'un titre, et pourra servir utilement à notre collègue dans la tentative qu'il se propose de faire prochainement sur son petit malade; car j'ai réalisé tout ce qu'il a rêvé.

Avec la pince que j'ai fait faire alors et que M. Legouest vient de faire fabriquer de son côté, on peut saisir du premier coup le pédicule d'un polype peu volumineux; mais lorsque la tumeur remplit la fosse nasale, qu'elle déforme l'orbite, etc., il faut fragmenter le polype comme je l'ai fait, avant de chercher à atteindre le point d'implantation.

Je suis convaincu que cette manière d'agir finira par être adoptée dans un grand nombre de cas, et qu'on réservera les résections osseuses pour les cas graves dans lesquels le polype a pris d'énormes proportions.

Si l'arrachement du pédicule au moyen de ma pince ne pouvait se faire complétement, j'aurais recours avec confiance à la rugination proposée par M. Guérin et conseillée autrefois déjà par M. Maisonneuve.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. **DOLBEAU** : Messieurs, la communication de notre collègue M. Guérin, n'a pas été sans me causer quelque surprise. En effet.

après les nombreux travaux qui ont été publiés sur les polypes naso-pharyngiens, il semblait que nous étions plus avancés sur une aussi grave question. Le grand nombre des procédés imaginés pour arriver jusque sur l'implantation de la tumeur, paraissait indiquer que l'on était bien d'accord sur la nécessité d'une opération préliminaire, ayant pour but de faciliter l'ablation du polype et la destruction de ses racines. Je le dis de nouveau, ce n'a pas été sans surprise, que j'ai entendu M. Guérin parler d'une nouvelle opération pour enlever les polypes naso-pharyngiens, sans aucune mutilation préalable.

Revenons en quelques mots sur le malade qui a été présenté dans la dernière séance. Un jeune garçon de dix-sept ans est confié aux soins de M. Guérin. L'enfant portait un polype très-volumineux, mais de plus l'état général était des plus mauvais : aussi notre collègue hésitait-il à entreprendre une opération sérieuse. Pour le dire en passant, c'est presque toujours ainsi que se présentent les sujets, lorsque la maladie date de loin et que la tumeur a acquis un volume considérable.

M. Guérin comprit qu'il fallait néanmoins intervenir et il commença par inciser le voile du palais. Cela fait, notre collègue put exciser le prolongement pharyngien du polype. A ce moment, dit M. Guérin, je conçus l'idée d'attaquer le mal par la fosse nasale et j'entrepris de dénuder les os de la base du crâne, afin d'enlever les implantations de la tumeur. M. Guérin a même pris soin de nous rassurer sur les conséquences de cette dénudation des os.

L'opération fut menée à bonne fin, et bientôt, malgré une hémorrhagie abondante, le petit malade éprouva le bénéfice de ses souffrances. Nous avons tous vu l'opéré, sa santé paraît bonne et il est évident que la cavité naso-pharyngienne est notablement désobstruée. M. Guérin a déclaré, en finissant sa communication, qu'il ne présentait pas son malade comme guéri. Je partage, pour ma part, cette sage réserve de notre collègue; je vais même plus loin, car je dis que le mal récidivera très-probablement si l'art n'intervient pas de nouveau pour détruire le pédicule. C'est déjà ce qui a été fait par M. Guérin, puisqu'il a employé le cautère de Mirdeldorff.

M. Guérin nous dira sans doute ce qu'est devenu son opéré, mais je dois signaler quelques omissions relatives à l'anatomie de la tumeur enlevée. Il n'est pas dit si le polype était bien de nature fibreuse, et cependant vous savez que quelques polypes fibro-muqueux des fosses nasales peuvent en imposer pour une tumeur fibreuse de la base du crâne. J'ai présenté ici une observation de cette nature, et M. Velpeau a cité des faits semblables. Il n'est pas

dit, dans la relation de M. Guérin, si le polype était unique ou s'il y avait plusieurs tumeurs, et surtout si le pédicule de la masse était large ou étroit. Ce sont là autant de détails qu'il serait utile de connaître pour bien juger de l'opération qui a été pratiquée.

M. Guérin croit avoir imaginé une méthode nouvelle, soit; mais encore est-il qu'il a tout d'abord fait l'incision du voile du palais suivant la méthode de Manne. Cette incision lui a été d'une grande utilité puisqu'il pouvait arriver très-facilement jusqu'au pédicule; mais en supposant que ce temps soit inutile pour l'exécution de la rugination, nous devons constater que dans le cas particulier qui nous occupe, la méthode nouvelle n'a pas été appliquée seule et sans mélange des procédés déjà connus.

La nouvelle opération que propose M. Guérin consiste donc à décoller le périoste de la base du crâne, à dénuder, en un mot, les os sur lesquels s'implantent les polypes naso-pharyngiens, et tout cela avec une simple rugine introduite par la narine.

Le plan de cette opération et surtout son exécution, paraissent en opposition complète avec ce que nous savons sur la nature des polypes naso-pharyngiens. Grâce aux recherches de M. Nélaton, l'anatomie pathologique de ces tumeurs est aujourd'hui parfaitement connue. On sait, d'une manière positive, que ces tumeurs fibreuses naissent du périoste de la base du crâne, et que le point d'implantation correspond non-seulement à l'apophyse basilaire de l'occipital, mais encore au trou déchiré, au sommet du rocher, à l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, et même, suivant quelques auteurs, à la partie antérieure des premières vertèbres cervicales. Voyez, messieurs, combien est large la surface d'implantation, et convenez comme moi que c'est une illusion que de penser qu'on dénudera tous ces points au moyen d'une rugine portée par la fosse nasale. Notez que je ne parle pas des prolongements de la tumeur dans les sinus, ni des adhérences qu'elle peut contracter loin de son origine.

L'opération de M. Guérin pourrait peut être suffire pour un polype à pédicule très-étroit; mais, dans ce cas, la voie buccale conduirait aussi bien sur la surface d'implantation.

Je ne sais si, chez le malade de M. Guérin, le pédicule du polype était bien large, mais il me semble que toute la surface d'implantation n'a pas été détruite, et que par conséquent l'opération est restée incomplète. Je combats, messieurs, ce que je crois être une illusion de M. Guérin, mais ce n'est pas l'esprit de critique qui m'inspire. Comme notre collègue et comme M. Legouest, je reconnais qu'il serait désirable de supprimer les mutilations préliminaires qu'on fait subir aux individus atteints de polypes naso-pharyngiens, mais je crois

qu'il faut avant tout guérir les malades, je dirais même, ce qu'on a bien des fois répété, que ces opérations incomplètes, plusieurs fois renouvelées, constituent une action peut-être plus dangereuse que celle qui résulte des opérations radicales. J'admets donc, pour ma part, que M. Guérin a été servi par les circonstances, que le pédicule du polype était assez étroit et que le cas était relativement favorable. J'ai connaissance d'un fait où le polype a guéri radicalement par le simple arrachement. Il existe même à Paris un malade chez lequel la tumeur est tombée spontanément; la guérison remonte à dix ans. Pour ces cas favorables, tous les procédés sont bons, mais il faut bien reconnaître que ces polypes à pédicule étroit constituent des exceptions. M. Guérin guérira peut-être son malade, mais je ne puis admettre que la méthode qu'il a employée soit applicable efficacement à la très-grande majorité des tumeurs fibreuses naso-pharyngiennes.

Il résulte des considérations que je viens de présenter à la Société, que la question relative à la thérapeutique des polypes naso-pharyngiens est toujours très-complexe, mais qu'il faut la résoudre, car la maladie ne pardonne pas. Je ne crois pas, avec M. Legouest, que le mal se lassera jamais; que des incisions successives, habilement pratiquées, empêcheront la récidive et conduiront à la longue à une cure définitive. Il n'est pas démontré qu'en gagnant du temps par des opérations incomplètes, on arrivera à une époque où la tumeur aura passé l'âge de croissance. En présence d'un polype naso-pharyngien d'un volume moyen, il y a donc toujours deux manières de poursuivre la cure: ou 1° enlever le maxillaire supérieur et détruire du même coup l'implantation de la tumeur; ou 2° faire une voie sans entraîner une grosse mutilation (résection de la voûte palatine), inciser la tumeur, et poursuivre ensuite les racines en mettant à nu les os du crâne, par des cautérisations successives et longtemps renouvelées; cette dernière méthode appartient à M. Nélaton. Jusqu'ici l'ablation du maxillaire supérieur a semblé prévaloir; certes cette opération sera toujours préférable lorsqu'il s'agira de polypes très-volumineux à embranchements multiples, mais je crois qu'on n'a pas assez apprécié les avantages de la résection palatine. On a bien parlé des difficultés de cette opération, de la longueur du traitement; mais il faut aussi juger les résultats. Ce jugement, il faut en prendre les éléments dans les faits. M. le docteur Robin-Massé a réuni dans sa thèse (1864) tous les faits connus, et il est arrivé à démontrer que la statistique donne autant de guérisons après la résection de la voûte palatine qu'avec l'ablation du maxillaire en totalité, ce qui est tout à fait en faveur de la méthode de M. Nélaton. Les résultats de cette méthode ne peuvent plus être contestés; car, parmi les succès obtenus par la résection pa-

latine, on trouve : une guérison constatée dix-sept ans après l'opération, une autre douze ans après, une troisième après onze ans, deux après neuf années, enfin une après six ans.

Messieurs, je ne veux pas terminer sans dire un mot de la destruction des polypes naso-pharyngiens par l'électrochimie. Cette méthode, qui permet d'attaquer les tumeurs par les voies naturelles ou bien par une simple boutonnière palatine, serait bien de nature à rallier tous les suffrages. Des faits seraient le meilleur argument, mais jusqu'ici ils sont peu nombreux, quoique très-concluants. Je dois à l'extrême obligeance de mon maître, M. Nélaton, de pouvoir faire connaître à la Société de chirurgie quels sont les résultats de la méthode électrochimique. Un premier malade, porteur d'une énorme tumeur nasopharyngienne, a été complétement guéri par l'électricité. Traité il y a dix-huit mois, le malade a été revu ces jours derniers ; la cure est radicale. L'histoire de ce malade a fait l'objet d'une communication à l'Institut.

Un deuxième malade, opéré par l'électrochimie, était en voie de guérison très-avancée lorsqu'il fut pris de fièvre typhoïde; il a succombé.

Un troisième malade, opéré par la voie palatine, fut guéri pendant quelques semaines ; mais au bout de trois mois, la tumeur était reproduite. L'électro-chimie eut raison de ce polype. La guérison remonte à huit mois; elle a été plusieurs fois constatée depuis.

Un quatrième malade, opéré en 1864, est parti guéri de Paris, mais il n'a pas été revu depuis.

Enfin, un cinquième individu est actuellement en voie de guérison, et il y a lieu de supposer que la cure sera bonne.

Tous ces faits sont de nature à encourager les chirurgiens, car si les opérations préliminaires doivent disparaître de la pratique, c'est à l'électrochimie qu'il faut demander la guérison des polypes nasopharyngiens.

Messieurs, voyons par nous-mêmes, contrôlons les faits ; c'est le seul moyen de juger définitivement une méthode qui paraît destinée à faire disparaître toutes celles qui l'ont précédée.

RAPPORT.

Cancer ostéoïde de la mamelle. — Tumeur kystique du testicule.

M. GUYON lit le rapport suivant, sur les travaux de M. Heurtaux (de Nantes).

Messieurs, je viens vous rendre compte des travaux adressés à

notre société par M. le docteur Heurtaux de Nantes, candidat au titre de membre correspondant national.

Le premier de ces travaux, par ordre de date et d'importance, est un mémoire fort étendu sur le *cancer ostéoïde*. Une observation de tumeur cancéreuse ostéoïde de la mamelle a servi de texte à ce travail; je vais tout d'abord en donner le résumé :

Une tumeur se développe dans le sein gauche d'une femme de cinquante-deux ans; six mois après, la malade soumise à l'examen de notre confrère présentait une tumeur demi-sphérique de la grosseur d'une orange, sans altération ni adhérences de la peau, et d'une dureté considérable. La santé générale était bonne, les ganglions non engorgés; l'opération fut pratiquée le 31 octobre 1861, et toute la glande enlevée.

Les suites furent simples, mais trois mois après M. Heurtaux revoit la malade et constate dans l'aisselle la présence de deux ganglions d'une dureté osseuse; l'un d'eux a déjà le volume d'une grosse noix. Une nouvelle opération est proposée, mais refusée; deux mois après, elle est réclamée par la malheureuse malade, mais le chirurgien la juge impraticable. L'aisselle est, en effet, remplie de masses volumineuses immobiles qui rappellent par leur dureté la tumeur primitive. La malade meurt quatre mois plus tard, en tout moins de huit mois après le début de la récidive. La tumeur présentait alors un aspect effrayant. « C'est une masse bosselée, énorme, qui commence au niveau du bord axillaire de l'omoplate, remplit l'aisselle gauche au point de produire une forte abduction du bras et se prolonge en avant, plus loin que la ligne médiane, au delà même du bord droit du sternum. » Plusieurs symptômes peuvent laisser croire que le poumon était envahi, mais l'autopsie n'a pu être faite. L'étude anatomique dont nous allons parler est basée seulement sur l'examen de la tumeur primitive; mais la consistance osseuse des tumeurs secondaires a été maintes fois constatée par l'auteur.

Je ne pourrai présenter, même en abrégé, les détails de l'étude anatomo-pathologique. Il faut, de toute nécessité, prendre connaissance du travail de M. Heurtaux. La description, l'analyse chimique, l'analyse microscopique y sont exposées de la manière la plus claire et la plus complète. Deux belles planches dessinées par notre confrère complètent la description, et démontrent que M. Heurtaux réunit toutes les qualités de l'histologiste.

J'appellerai seulement votre attention sur ces trois points principaux :

La présence dans la tumeur de tissu cancéreux;

L'existence de tissu cartilagineux;

Enfin la présence d'ostéoïdes très-développées, très-nombreuses et donnant à cette tumeur des caractères tout particuliers.

M. Heurtaux ne s'est pas borné à l'étude cependant si complète du cas soumis à son observation, il a étudié dans autant de chapitres distincts les questions soulevées par ce fait intéressant, il a tracé enfin la description dogmatique de la variété de cancer qui sert de titre à son mémoire, du cancer ostéoïde.

Il recherche d'abord si le mélange du tissu cancéreux et de l'enchondrome est un fait sans précédent dans l'histoire du cancer; et dès longtemps familiarisé avec l'étude de ces productions morbides, il donne de nombreux exemples de cette association pathologique.

M. Heurtaux nous rappelle à ce sujet la généralisation des chondromes déjà observée dans quelques cas, et donne dans une note le résumé d'une observation nouvelle; il s'agit d'un chondrome du tibia. On amputa la cuisse; mais quelques mois après la malade qui n'avait que dix-huit ans mourait avec des productions cartilagineuses multiples dans les poumons.

Dans le cas particulier, le mélange du tissu cartilagineux au tissu cancéreux serait, selon l'auteur, un témoignage nouveau de la malignité de certains enchondromes. Quoi qu'il en soit de cette assertion, la présence des noyaux cartilagineux est surtout remarquable ici, au point de vue de l'origine des ostéoïdes qui les accompagnaient. Bien que *l'ossification ne soit pas complète, vu l'absence d'ostéoplastes, il est cependant démontré que le cartilage a été l'agent de la trans*formation ostéoïde, et l'envahissement régulier de la substance cartilagineuse par les sels calcaires éloigne l'idée de l'incrustation simple que l'on rencontre souvent dans beaucoup de tissus.

Le chapitre suivant du mémoire que nous analysons est un exposé très-complet de l'histoire des tumeurs ostéoïdes de la mamelle et des autres tissus. Au mémoire ordinairement cité de Muller et à ses observations, M. Heurtaux ajoute celles qu'ont publiées depuis MM. Segdwick, Quain, Rokytansky, Laurence et Paget.

Il n'était pas possible de démontrer, *à posteriori*, dans ces observations la présence d'un tissu cartilagineux présidant, en quelque sorte, à la formation des ostéoïdes. Il n'est donc pas permis de généraliser et de dire que, dans tout cancer, les ostéoïdes se formeront aux dépens des cartilages préexistants. Un fait de Rokytansky témoigne cependant dans ce sens; mais dans l'observation de M. Laurence, l'investigation microscopique la plus minutieuse n'a pu faire découvrir de tissu cartilagineux. Dans cette ossification pathologique, comme dans l'ossification normale, le tissu conjonctif et le tissu cartilagineux peuvent devenir les agents de la transformation os-

seuse, transformation qui n'a d'ailleurs rien de curatif, ainsi qu'en témoignent l'observation de M. Heurtaux et celles qu'il a rassemblées.

La caractéristique du cancer ostéoïde est donc une imprégnation calcaire régulière qui revêt, avec une perfection plus ou moins grande, l'apparence du tissu osseux. Cette variété de cancer a d'ailleurs le plus souvent pour point de départ le tissu osseux, de même que le cancer mélanique a pour point de départ les organes où le pigment existe à l'état normal; mais comme lui il se généralise et se reproduit avec ses caractères propres.

Seulement, pour M. Heurtaux, le cancer ostéoïde n'est autre chose qu'une tumeur cancéreuse dans laquelle une portion plus ou moins considérable de la trame s'est ossifiée. Ce n'est pas là, on lo sait, l'opinion défendue par Muller. Pour cet auteur, il s'agit de tumeurs toutes spéciales, qui, sans être cancéreuses, et tout en ne renfermant que des éléments osseux, les uns tout formés, les autres en voie de formation, peuvent affecter dans leur marche la plupart des caractères de la malignité. M. Heurtaux analyse les faits de Muller, et combat avec de bons arguments son opinion. Je crois cependant, ainsi que M. Broca l'énonce dans son très-remarquable *Traité des tumeurs*, que, tout en faisant la part des interprétations rétroactives et arbitraires de l'auteur allemand, nous sommes autorisés à ajouter à la liste des tumeurs généralisables au moins une espèce de tumeurs osseuses. Un fait que j'ai pu examiner, et que je trouve consigné dans les *Bulletins de la société anatomique* (1861, p. 270) par M. Piedvache, me semblo très-probant à cet égard. Il s'agit, en effet, de tumeurs purement osseuses rapidement généralisées chez un vieillard qui succomba à Bicêtre dans le service de M. Broca. Le bassin, le fémur, la partie inférieure du rachis, le crâne, présentaient des tumeurs parfaitement analogues à différents degrés de développement, mais toutes volumineuses.

Quoi qu'il en soit, M. Heurtaux a le mérite d'avoir le premier tracé uno histoire complète d'une variété de cancer, dans notre pays, caractérisée par la présence d'un élément accessoire ou *adventice*. Ici, comme toujours, ainsi que le démontre encore M. Broca, l'élément *adventice* n'empêche pas l'élément qu'il désigne sous le nom d'*autogène*, c'est-à-dire l'élément principal, celui dont les propriétés, sinon la quantité, prédominent dans la production accidentelle, de lui imprimer son cachet, si bien que la production ostéoïde n'empêche pas le cancer auquel elle est associée de suivre sa marche ordinaire; mais la présence d'ostéoïdes suffit pour donner à la production cancéreuse des caractères anatomiques et cliniques assez remarquables pour jus-

tifier la description d'une *variété* particulière dans la famille des cancers.

Le second mémoire dont j'ai à vous parler est moins étendu, mais présente aussi un très-grand intérêt.

Il s'agit d'une tumeur kystique du testicule.

Depuis la célèbre description d'A. Cooper, les chirurgiens sont loin de parfaitement s'entendre sur cette espèce de tumeur du testicule. Il suffit, pour s'en bien convaincre, de lire les travaux et les observations publiées sur ce sujet. Les caractères distinctifs de cette tumeur, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, laissent encore à désirer.

M. Heurtaux n'a pas fait l'histoire complète de la tumeur kystique, mais il a donné une observation très-étudiée dans tous ses points, et aussi riche de détails cliniques que de détails anatomo-pathologiques.

Le fait le plus saillant, au point de vue clinique, c'est la non-récidive constatée dix-huit mois après l'opération. La castration a été pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Nantes par M. Heurtaux le 19 mars 1864, et le 23 septembre de cette année, notre confrère me donna les meilleures nouvelles de son opéré. Le malade était arrivé à la limite extrême de l'âge indiqué par A. Cooper, il avait trente-sept ans au moment de l'opération. La tumeur offrait d'ailleurs les symptômes que l'on a l'habitude de décrire comme appartenant à la maladie kystique, et en particulier la douleur testiculaire lorsque l'on venait à presser la tumeur.

M. Heurtaux a eu le soin de nous envoyer la pièce sur laquelle on peut encore constater les particularités qu'il a si bien relatées dans son observation. Indépendamment des kystes nombreux qu'elle présente, cette tumeur offre une très-grande quantité de noyaux cartilagineux; elle offre encore, outre le contenu divers des kystes, de nombreux grains perlés et une substance intermédiaire ou stroma. Des fibres connectives des cellules plasmatiques, des cellules cartilagineuses et des cellules épithéliales la composent. « Outre les lésions de l'enchondrome, dit l'auteur, on trouve d'une façon non douteuse celles du cancroïde, à tel point que, dans certaines parties de la tumeur, si l'on ignorait à quel organe la préparation est empruntée, on croirait avoir affaire à un cancroïde externe type, à un cancroïde de la lèvre par exemple. En effet, les cellules épithéliales de ce sarcocèle ressemblent tout à fait aux cellules de la couche de Malpighi, les autres aux lamelles de la surface de la langue; et d'un autre côté, on en trouve à l'état d'infiltration véritable au milieu d'un tissu conjonctif plus ou moins parfait. » Je ne transcris pas plus longuement

les détails de cette description ; mais je tenais d'autant plus à la mettre en relief, que vous savez que M. Heurtaux a donné, dans sa thèse inaugurale, une remarquable et savante histoire du cancroïde en général.

Je serais en dehors de la vérité en disant qu'avec de semblables éléments on peut prévoir la récidive, mais je puis rappeler une observation tout analogue que j'ai publiée en 1856 (*Gazette des hôpitaux*, p. 202) avec M. Ch. Robin et dans laquelle la plus affreuse généralisation se montra trois mois après l'extirpation.

Avec M. Heurtaux je resterai d'ailleurs sur le terrain anatomique qui nous offre encore des points fort intéressants à signaler à votre attention. Ainsi, contrairement au savant anatomo-pathologiste que je citais tout à l'heure, M. Heurtaux démontre que l'origine de la tumeur n'était pas épididymaire, bien que la substance testiculaire fût étalée à la surface de la production morbide, et que les tubes fussent parfaitement sains.

Le *rete testis* était évidemment le principal point de départ des productions morbides, en cela les observations de M. Heurtaux s'accordent avec les résultats fournis par celles de MM. Trélat, Curling et Wirchow. M. Heurtaux ne perd pas son malade de vue, il pourra donc, dans quelques années, nous donner le complément de son observation qui sera l'une des plus importantes que nous possédions.

Je rappellerai en terminant que la Société a fait publier immédiatement dans ses bulletins une observation de kyste du foie que lui avait adressée M. Heurtaux. Cette observation est un très-beau cas de guérison par la ponction capillaire et figure dans la discussion qui a eu lieu dans la Société au commencement de l'année dernière sur le traitement des kystes du foie.

M. Heurtaux a été un des internes les plus distingués de nos hôpitaux, il a obtenu aux concours des internes et de la Faculté de nombreuses distinctions, entre autres le grand prix de l'école pratique. De retour à Nantes, M. Heurtaux a été nommé, après un brillant concours, chirurgien des hôpitaux ; il est professeur adjoint à l'école secondaire et l'un des praticiens les plus estimés de la ville. Les travaux qu'il a adressés à la société témoignent à la fois de son amour pour la chirurgie et d'un parfait assemblage des qualités de l'homme de science et du praticien. Sa place est donc désignée au sein de la Société, à laquelle je propose :

1° De renvoyer les travaux de M. Heurtaux au comité de publication ;

2° D'inscrire son uom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national,

3° De le remercier de ses importantes communications.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

Le rapport de M. Guyon sera inséré au Bulletin.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre deux rapports ; l'un de M. Follin, sur les candidats au titre de membre correspondant national ; l'autre de M. Giraldès, sur les candidats au titre de membre correspondant étranger.

La Société décide que le rapport de M. Giraldès sera imprimé.

La parole est à M. Giraldès pour la lecture de son rapport.

Messieurs, par suite d'une heureuse modification apportée récemment dans nos statuts, la Société de chirurgie ne se trouve plus désormais dans la pénible nécessité de ne choisir ses membres correspondants étrangers que parmi les chirurgiens qui, d'une façon ou d'une autre, auraient fait acte de candidature; libre de cette entrave, la compagnie peut aujourd'hui nommer, sans aucune formalité préalable, les chirurgiens qu'elle juge dignes de cet honneur.

Pour la première fois, la Société de chirurgie va procéder à la nomination de membres correspondants étrangers d'après cette heureuse et intelligente innovation. La commission chargée de préparer et de vous présenter une liste de candidats s'est efforcée de s'entourer de tous les renseignements désirables, afin de vous soumettre une liste de chirurgiens dignes de vos suffrages.

L'année dernière, vous vous le rappelez, il n'y a pas eu de nominations dans cette classe de correspondants, et le cadre de ces honorables collègues va encore se trouver diminué par le passage d'un correspondant à l'ordre des associés. C'est pourquoi la commission pense qu'il est opportun de nommer cette fois dix membres dans la classe des correspondants étrangers.

Les confrères distingués dont les noms figurent sur la liste de présentation se distribuent ainsi : 2 pour les États-Unis d'Amérique, 3 pour la Grande-Bretagne, 1 pour l'Autriche, 1 pour la Hollande, 1 pour la Prusse, 2 pour la Suisse. Ce sont :

MM. STEPHEN SMITH et Émile BROWN-SÉQUARD pour les États de l'Union;

TIMOTHY HOLMES, Georges MURRAY-HUMPHRY et Thomas LONGMORE pour la Grande-Bretagne;

J. NEUDÖRFER pour l'Autriche;

F.-C. DONDERS pour la Hollande;

Ernest GURLT pour la Prusse;

Fréd. EMMERT et Théodore BILLROTH pour la Suisse.

Je vais exposer à la Société, aussi exactement que possible, la position scientifique, les travaux et les titres de ces honorables confrères, en suivant dans cet exposé l'ordre alphabétique de leur nationalité, ou plutôt des États auxquels ils appartiennent.

Amérique. — La littérature médicale du Nouveau-Monde, et en particulier celle des États de l'Union, est en général peu connue parmi nous. Le grand nombre de publications médicales de cette contrée, journaux et transactions des sociétés savantes, renferment des matériaux précieux dignes d'être consultés; à cet égard, nos bibliothèques sont d'une désespérante pauvreté. Établir des relations scientifiques avec ce pays est le seul moyen de combler cette regrettable lacune. Nous avons, en effet, besoin de connaître la marche et les progrès de la science et l'art de la chirurgie dans un pays où les ressources abondent, et dans lequel une initiative fiévreuse remue sans cesse les esprits, invente des procédés, des moyens ingénieux, quelquefois brillants, et dont la hardiesse n'est pas toujours tempérée par la prudence. Les noms de plusieurs chirurgiens américains ont été prononcés au sein de la commission; son attention a surtout été fixée sur M. Stephen Smith, et plus tard sur M. Brown-Séquard.

M. Stephen Smith est docteur en médecine, chirurgien de l'hôpital de Bellevue à New-York, professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale à l'École du collége médical de l'hôpital de Bellevue. M. Smith a publié un traité élémentaire de médecine opératoire à l'usage des chirurgiens militaires. Pendant l'année 1858-59, il a été le rédacteur en chef d'un journal très-estimé : *New-York journal of medecine;* des leçons de chirurgie clinique de ce professeur ont été publiées dans le journal *American medical Times*, 1864.

M. Brown-Séquard (Émile), docteur en médecine de la Faculté de Paris, fellow du Collége royal des médecins de Londres, ancien médecin en chef de l'hôpital national pour les paralysies à Londres, membre de la Société royale de Londres, grand prix de physiologie de l'Institut de France, professeur de physiologie à la Faculté de Richmond (Amérique), fondateur du *Journal de physiologie*, etc. Cet éminent physiologiste, auteur de travaux remarquables sur les fonctions du système nerveux, et dont le nom est connu du monde savant, est considéré à juste titre comme un des physiologistes les plus renommés de notre temps. Aussi distingué par son mérite scientifique que par les qualités de cœur, M. Brown-Séquard figurera avec honneur dans la classe de nos correspondants étrangers. Les travaux et les recherches de physiologie de cet éminent confrère trouvent à chaque pas une application directe à la chirurgie, notamment dans les cas de paralysies succédant à de grandes commotions des membres

ou de la colonne vertébrale. D'ailleurs, l'immense érudition de ce savant, ses relations nombreuses en Amérique, en font une acquisition précieuse pour la Société de chirurgie ; aussi quelques membres de la commission ont songé à nous l'adjoindre, et cette proposition a été accueillie sans difficulté.

ANGLETERRE. — Trois chirurgiens, tous trois d'un mérite incontestable et recommandables à des titres divers, sont proposés par la commission pour la classe des correspondants pour l'Angleterre ; ce sont : MM. Timothy Holmes, de Londres ; Georges Murray-Humphry, de Cambridge, et Thomas Longmore, de Netley, près de Southampton.

M. Timothy Holmes, maître ès arts de l'Université de Cambridge, fellow du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre, chirurgien adjoint de l'hôpital de Saint-Georges, professeur d'anatomie à l'École de médecine du même hôpital, chirurgien de l'hôpital des Enfants, chirurgien en chef de la Police métropolitaine, se recommande à votre attention par des travaux estimés. M. Holmes entreprit et mena à bonne fin, dans l'espace de quatre ans, la publication d'un grand ouvrage de chirurgie, *System of surgery,* en quatre volumes, avec la collaboration de plusieurs chirurgiens anglais. Dans cette publication, l'éditeur s'est réservé les articles : anévrisme en général, luxations en général, maladies des os, résections, brûlures, diagnostic chirurgical, maladies par région, et enfin les maladies de l'enfance, à l'exception des malformations. M. Holmes a publié, avec le concours du Dr Bristowe, un travail très-intéressant sur les hôpitaux anglais : *Reports on the hospitals of united kindgdom.* Ce document a été inséré dans le 6e rapport : *Sixth Report of medical officers of the privy Council* pour l'année 1864. A l'occasion de ce travail, et comme pour avoir un terme de comparaison, M. Holmes a visité et sérieusement étudié l'organisation des hôpitaux du continent. On comprend tout l'intérêt que peut présenter un document de cet ordre, en particulier pour les chirurgiens qui s'occupent de cette grande et importante question : l'hygiène hospitalière. M. Holmes, en sa qualité de secrétaire do la Société pathologique de Londres, a rédigé et publié l'index analytique des quinze volumes des *Transactions* de cette Société. Outre les travaux que nous venons de mentionner, il faut citer des articles importants, dans le *Medical Times and Lancet,* sur les tumeurs congénitales, sur l'opération d'anaplastie dans les extrophies de la vessie, et un document d'une certaine importance sur la mortalité des opérés, à la suite de l'opération de la résection du genou. Ce mémoire, inséré dans le *British foreign medico-chirurgical Reviews,* apporte un appoint d'une grande valeur à l'histoire de cette opération ; il y montre, en effet, que la mortalité après la ré-

section du genou est au moins égale à celle de l'amputation de la cuisse.

M. Georges Murray-Humphry, docteur en médecine de l'Université de Cambridge, fellow du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre, membre de la Société royale de Londres, chirurgien de l'hôpital Addenbrook à Cambridge, lecteur d'anatomie et de chirurgie dans la même Université, se recommande à vos suffrages, non-seulement par la haute position chirurgicale qu'il occupe à Cambridge, mais surtout par des travaux très-estimés. M. Humphry a publié, en 1858, un livre d'anatomie : *Treatise on human skeleton*, véritable traité complet d'ostéologie et de syndesmologie, travail dans lequel il éclaire toutes ses descriptions par des considérations d'ostéogénie, d'anatomie pathologique, d'anatomie comparée et de chirurgie. Ce livre est enrichi de soixante planches dessinées et gravées par Mme Humphry, sous la direction immédiate de son mari. A côté de ce grand traité, il faut placer un petit volume publié en 1851 : *Human foot and hand*, travail intéressant et qui figure sans déshonneur à côté du beau livre de sir Ch. Bell : *On the Hand*. Pour terminer avec les travaux d'anatomie pure, nous citerons un mémoire d'anatomie philosophique sur l'homologie des membres supérieurs et inférieurs chez les mammifères : *An essay on the limbs of vertebrate animals*, et enfin des recherches d'ostéologie sur l'accroissement de la mâchoire inférieure, travail publié récemment dans les *Transactions philosophiques* de l'Université de Cambridge, vol. XI.

En face de ces recherches, il faut maintenant placer les travaux de chirurgie. Nous citerons d'abord un mémoire : *On the coagulation of the blood during the life*, et ensuite un second mémoire sur la résection du genou. Dans le premier, M. Humphry s'occupe avec soin de l'étude des tromboses et des embolies; et dans le second, présenté en 1858 à la Société royale de médecine et de chirurgie, inséré dans les *Transactions* (vol. XLI) de cette compagnie, l'auteur passe successivement en revue toutes les conditions nécessaires à cette opération, d'après une expérience basée sur treize résections du genou faites par lui. Plus qu'aucun autre, M. Humphry se trouvait en mesure de formuler avec connaissance de cause des préceptes pratiques, et de montrer les avantages et les inconvénients de cette opération. En 1862, cet habile chirurgien présente à la même compagnie (*Transactions*, vol. XLV) un autre travail, complément du précédent : *On the influence of paralysis, diseases of the joints, diseases of epiphysial lines, excision of the knee researchs and some other conditions.*

Dans ce travail, fruit de recherches laborieuses faites avec soin, l'auteur établit la part qu'on peut attribuer à chacune de ces diffé-

rentes maladies dans l'arrêt d'accroissement des os. Des tableaux de mensuration, joints à ce mémoire, en doublent l'intérêt. En 1865, dans les *Transactions médico-chirurgicales* (vol. XLIV), M. Humphry publie un mémoire intéressant : *The growth of the long bones, and stumps,* dans lequel, s'emparant de recherches d'ostéogénie précises, il établit certaines indications qu'il faut suivre, si on veut éviter l'arrêt dans l'accroissement du membre inférieur réséqué, comme cela est arrivé à Pemberton et à Symes. Cette indication très-simple consiste à ne jamais porter le trait de scie au delà du cartilage interepiphysaire. Je mentionnerai encore, pour terminer, des leçons de chirurgie publiées en 1850 dans le *Provincial medical Journal;* un discours ou adresse sur les progrès de la chirurgie, présenté à la 32e réunion annuelle de l'Association médicale britannique, tenue à Cambridge, et une brochure sur Cambridge et ses colléges.

M. Thomas Longmore, inspecteur général adjoint des hôpitaux militaires, professeur de clinique chirurgicale et de chirurgie militaire à l'École de médecine militaire établie à l'hôpital royal Victoria, à Netley, près Southampton, est le troisième dans l'ordre alphabétique sur la liste des candidats pour l'Angleterre, mais il se place au premier rang par son mérite et par sa position hiérarchique. La nature spéciale des connaissances chirurgicales de ce professeur, sa grande autorité, le recommandent d'une manière toute particulière à l'attention de la Société. M. Longmore est considéré à juste titre comme le représentant le plus éminent de la chirurgie militaire de la Grande-Bretagne.

Les travaux de M. Longmore appartiennent à une catégorie spéciale; ils ont trait surtout à la chirurgie des armées, et se trouvent dispersés dans un recueil spécial publié par le département de la guerre : *Statistical sanitary and medical Reports.* Le mérite chirurgical et littéraire de cet éminent confrère s'est particulièrement révélé dans un chapitre : « Plaies d'armes à feu, » inséré dans le 2e volume du *System of surgery* de Holmes. Par sa destination, ce travail est un beau chapitre d'un grand traité de chirurgie; mais, par la manière dont le sujet est exposé, il forme un remarquable conspectus ou petit traité de ce genre de blessures. Ce travail, écrit avec une grande élégance, est un modèle du genre. Les questions les plus ardues, les plus nouvelles, concernant les plaies par armes à feu, y sont exposées avec une entente parfaite du sujet et traitées avec une grande précision. Dans le 2e volume du *Sanitary,* etc. (1860), M. Longmore a inséré un travail important destiné à servir de guide, d'aide-mémoire, aux chirurgiens militaires chargés de constater la nature, la portée et la netteté de la vision chez les jeunes soldats. Ce mémoire, édité

d'abord sous le titre : *Army medical officers ophthalmic Manual*, et plus tard, en 1863, dans une seconde édition, a paru avec le titre : *Manual of Instructions for the guidance of army surgeons in testing the range and quality of vision recruits and distinguishing the cause of defective vision in soldiers.* Ce petit livre, ainsi que le fait présumer son titre, résume les connaissances les plus modernes en ophthalmologie, les plus récentes recherches y sont traitées sommairement. On trouve exposé dans ce livre tout ce qui est nécessaire pour la constatation des défauts visuels produits par des erreurs de réfraction ou autres des milieux de l'œil. Il a donc pour but de vulgariser, parmi les jeunes chirurgiens militaires, les connaissances modernes sur cette difficile et importante question des anomalies de réfraction, et de leur donner les procédés pratiques d'une exécution facile pour bien apprécier la netteté et la portée de la vision chez les jeunes soldats. Des instructions de cet ordre étaient indispensables ; on le comprendra facilement, si on veut se rappeler que, depuis l'usage, dans la pratique de la guerre, des armes à longue portée, la portée des armes de main, ou, comme on dit en termes de balistique, le but en blanc, a beaucoup varié. Il ne s'agit plus, en effet, de constater une vision pouvant tirer un mobile placé à 200 ou 300 mètres maximum, condition exigée par les fusils à silex, mais bien d'avoir une vision assez nette pour tirer juste le même mobile à 1,000 ou 1,200 mètres, ainsi que l'exigent les armes de précision modernes. Le conscrit qui autrefois était jugé bon pour le service, est tout à fait inhabile aujourd'hui. Dans le 3e volume du même *Statistical sanitary medical Reports*, M. Longmore a fait paraître un mémoire intéressant : *On gunshots and sabre wounds of invalid sent to fort Pitt in 1860 and 61*. Dans le 5e volume se trouvent quelques cas remarquables, « resection of the shoulder joint, » et un autre travail sur les effets des projectiles allongés : *On the probable surgical effects in battle in case of the employment of projectiles of a more elongated form.* Dans des leçons de chirurgie militaire professées à l'École de Netley, cet éminent chirurgien a été conduit à soumettre au contrôle d'une critique éclairée un mode nouveau de traitement proposé pour les plaies de poitrine par armes à feu. Ces leçons, publiées d'abord dans les journaux anglais, ont été ensuite reproduites dans les journaux américains ; elles sont intitulées : *Remarks on the recenty proposed american plan of treating wounds of the chest by hermetically selling.* Ce nouveau procédé américain inventé par le Dr Howard, et qui, suivant les espérances de ce praticien, devait fournir des résultats merveilleux, consiste dans l'avivemen avec le bistouri du trajet de la balle, à enlever ainsi les parois mor

tifiées de ce canal, à réunir ensuite cette plaie ainsi transformée en surface saignante, au moyen de fortes sutures métalliques ; cela fait, couvrir le tout avec une couche de collodion, former sur la plaie une chape obturatrice, une cuirasse solide, et abandonner la plaie à elle-même. Dans le cas où un épanchement purulent ou autre surviendrait, le Dr Howard conseille de ponctionner le thorax avec un trois-quarts, comme pour l'empyème ordinaire, et de ne point toucher à la cuirasse obturatrice. L'idée d'aviver les plaies par armes à feu a été très-explicitement indiquée par Larrey. Le Dr Howard avait une si grande confiance dans l'excellence et dans l'efficacité de son procédé, qu'il avait obtenu qu'un hôpital spécial fût créé pour le traitement des blessures de cette catégorie qui surviendraient à l'armée du Potomac; et, à la première de ces furieuses rencontres dont les armées de l'Union ont fourni tant et de si malheureux exemples, toutes les blessures de la poitrine devaient y être envoyées pour être traitées par le procédé en question. M. Longmore, dans des remarques judicieuses, signale tous les inconvénients que, d'une manière générale, un tel moyen peut présenter.

Pour terminer avec l'énumération des travaux de ce professeur, je dois signaler encore à votre attention le dernier travail qu'il a présenté, en 1864, à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres : *Remarks upon the osteo-myelitis consequent on gunshots wounds of upper and lower extremities, affected with osteo-myelitis after amputations necessitated by such injuries.* Dans cet intéressant mémoire, M. Longmore, après avoir rappelé les belles recherches de MM. Valette et Jules Roux sur le même sujet, et les préceptes de pratique préconisés par le chirurgien de Toulon, à son tour, s'appuyant sur des faits identiquement semblables, à la suite des campagnes de Crimée et des Indes, arrive à une conclusion pratique diamétralement opposée : au lieu de conseiller, comme le fait M. Jules Roux, une méthode radicale, la désarticulation du membre atteint d'ostéo-myélite, le professeur Longmore pense que cette conduite ne doit pas être suivie, qu'elle ne doit pas être conseillée ni adoptée comme règle générale, et qu'il est bien préférable d'ouvrir les moignons, de fouiller l'os malade, d'extraire les séquestres, cause de tous les accidents, conserver ainsi aux blessés un segment de membre, un appui plus efficace à l'application des moyens prothétiques.

Autriche. — La commission vous propose, messieurs, de déférer le titre de membre correspondant, pour l'Autriche, à M. J. Neudörfer, de Prague. Ce chirurgien distingué occupe dans l'armée autrichienne un rang assez élevé. Docteur en médecine, chirurgien de régiment de l'armée impériale et royale, professeur de chirurgie

théorique et de clinique à l'hôpital militaire de Prague, il remplit les fonctions d'officier principal de la division chirurgicale du premier hôpital de garnison à Prague. Pendant la campagne d'Italie, en 1859, M. Neudörfer a été attaché comme officier principal au 8e corps d'infanterie. Après la paix de Villafranca, il a été chargé d'une grande division de blessés dans les hôpitaux de Vérone. Ce chirurgien distingué est auteur d'un manuel de chirurgie militaire estimé, publié en 1864 : *Handbuch der Kriegschirurgie, ein vade-mecum für Feldärzte nach eigenen Erfahrungen*, et ce livre, dont la première partie a seule paru, est fait avec soin, et, d'après l'extension donnée à cette première section, on peut présumer qu'il formera un traité complet. La première partie, comprenant 400 pages, est consacrée principalement à la chirurgie systématique. Un chapitre étendu est consacré à l'examen des variétés d'armes de guerre, aux projectiles et à leur calibre, et aux diverses poudres. Les fractures, les blessures par armes à feu, leurs conséquences, la pyœmie, les amputations primitives, secondaires ou tardives, sont le sujet de chapitres intéressants. Enfin les moyens de transport pour les blessés sur le champ de bataille occupent une place spéciale. M. Neudörfer a publié également, dans les *Archives* de Langenbeck, un mémoire intéressant sur les blessures de la dernière campagne dans le Schleswig.

Hollande. — La Société de chirurgie ne compte aucun membre de la classe des correspondants dans la Néerlande. La commission a pensé qu'il y avait utilité, qu'il serait désirable de déférer cet honneur à un savant renommé, M. Donders. Cet éminent confrère a rendu de grands services à l'ophthalmologie ; ses importants travaux ont contribué pour beaucoup à pousser cette branche si importante de la chirurgie dans une *voie toute scientifique*. D'ailleurs, en arrêtant son choix sur un savant aussi distingué, sur un esprit si brillant, sur un ophthalmologiste aussi habile, la Société de chirurgie répond *à d'impertinentes assertions ;* elle montre suffisamment qu'elle comprend, apprécie et met en pratique les progrès réels de la chirurgie ophthalmologique ; qu'elle honore enfin les ophthalmologistes éminents qui, à l'exemple de Bowman, Donders, de Graefe, Knapp et Émile Javal, suivent une route *exclusivement scientifique*.

M. F.-C. Donders, professeur de physiologie et d'ophthalmologie à l'Université d'Utrecht, directeur de l'hôpital ou Institut central ophthalmologique de la Néerlande, est auteur d'un traité de physiologie estimé, publié en langue hollandaise et traduit en 1859 en allemand par Theile. Pendant l'espace de dix années, 1845 à 1856, M. Donders a été un des principaux rédacteurs de la *Lancette néerlandaise* et des *Archives hollandaises d'histoire naturelle et de théra-*

peutique, 1857 et 59. Dans ces recueils, ce savant a publié un grand nombre de travaux d'anatomie, de texture et de physiologie. En 1854, dans la *Lancette néerlandaise*, le professeur Donders a fait connaître des recherches importantes instituées dans le but de déterminer avec précision la quantité de sulfate d'atropine nécessaire pour déterminer la dilatation de la pupille. Le premier, il a démontré et fait connaître, dans la thèse inaugurale d'un de ses élèves, de Ruiter, *De actione atropœ Belladonœ in iridem*, ce fait important, à savoir que l'action du liquide atropiné introduit entre les paupières agit directement sur l'iris en traversant le tissu de la cornée, et que l'humeur aqueuse ainsi modifiée, introduite dans l'œil d'un autre animal, agit à son tour sur la pupille et produit sa dilatation. Dans le même journal, pour l'année 1850, le même auteur a publié un intéressant mémoire sur la circulation intra-cranienne ou cérébrale. A la faveur d'un grand nombre d'expériences aussi ingénieuses que bien instituées, ce professeur a cherché à connaître les diverses modifications déterminées dans la tension des vaisseaux de la pie-mère pendant l'acte respiratoire, le crâne étant clos ou ouvert. Dans la thèse de Van-Reeken, un de ses élèves, *De apparatu oculi accommodatione*, sont consignées des recherches étendues concernant l'anatomie du muscle ciliaire, organe alors peu connu. L'œuvre la plus considérable du professeur Donders, œuvre qui par sa nature a fourni à l'ophthalmologie un contingent précieux, et qui place son auteur dans un rang très-élevé parmi les savants, c'est, sans contredit, ses *Recherches sur l'Amétropie*. Ce beau travail, partiellement publié en hollandais et dans les *Archiv für Ophthalmologie*, a été édité en anglais, avec des additions de l'auteur, par *The new Sydenham Society*, sous le titre : *On the anomalies of accomodation and refraction of the eye, with a preliminary essay on physiological dioptrice ;* œuvre magistrale dans laquelle est exposé et étudié tout ce qui regarde les phénomènes dioptriques de l'œil, et l'étiologie des affections oculaires produites par des erreurs de réfraction dans les divers milieux de cet organe. Le savant dont nous parlons, l'un des premiers, a publié des recherches précises sur la nature de la retinite pigmenteuse, et des recherches très-estimées sur l'étiologie et les diverses formes de glaucôme. Dans les *Archives d'ophthalmologie*, qu'il rédige avec de Graefe et Arlt, M. Donders a inséré un certain nombre de travaux d'ophthalmologie. Dans ces derniers temps, il a fait des recherches très-bien faites et très-précises de l'action de la fève du calabar sur l'appareil musculaire intra-oculaire, et il a analysé avec un soin remarquable tous les effets produits par cet agent. Enfin, un mémoire étendu sur la pathogénie du strabisme termine la somme des travaux et titres

du professeur d'Utrecht. Ajoutons enfin, comme renseignement, que pendant une année M. Donders a été *Rector Magnificus* de l'Université d'Utrecht.

Prusse. — Je crains, messieurs, de fatiguer votre attention avec cette énumération bibliographique; j'ai cependant besoin de renseigner la compagnie et de légitimer les choix de votre commission; je serai aussi bref que possible. La commission vous propose de nommer membre de la Société de chirurgie, dans la classe des correspondants étrangers, M. Ernest Gurlt.

M. Ernest Gurlt, professeur de chirurgie à l'Université de Berlin, rédige avec M. Billroth les *Archiv für Klinische Chirurgie* du professeur Langenbeck. Dans ce recueil, il a publié la *Revue annuelle des travaux de chirurgie* pour les années 1850, 60, 61 et 1862. Ces résumés analytiques, de 300 à 500 pages, embrassent le mouvement chirurgical de l'année. En 1848, ce chirurgien distingué soutint à Berlin une thèse très-bien faite : *De ossium mutationibus rachitide effectis,* travail qui mérite d'être cité et consulté. En 1853, il fit paraître un mémoire intéressant sur l'anatomie pathologique comparée des maladies articulaires : *Beiträge zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Gelenk-Krankheiten.* En 1855, M. Gurlt a publié une monographie très-complète sur les kystes du cou : *Ueber die Cystengeschwülste des Halses.* Dans cette monographie, il réunit la plus grande partie des observations de tumeurs kystiques de cette région. Enfin, en 1863, il commença la publication d'un grand travail sur les fractures : *Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen,* en deux volumes. La seconde partie du deuxième volume a paru cette année (1865). Dans ce grand traité sont réunis, avec une patience toute germanique, la plupart des observations établissant les diverses formes et variétés de ces blessures. On y trouve une série de tableaux statistiques sur ce sujet. Dans ce but, M. Gurlt a exploré avec un soin particulier les principaux musées de l'Europe, reproduisant par le dessin les préparations les plus curieuses et les plus rares. A côté de ces faits, il a ajouté l'histoire des moyens de construction des appareils et engins en usage ou conseillés jusqu'aujourd'hui.

Suisse. — La commission vous propose de nommer membres correspondants étrangers : MM. Frédéric-Guillaume Emmert à *Berne* et Théod. Billroth à *Zurich.*

M. Fréd.-G. Emmert est professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale à l'Université de Berne. Cet habile chirurgien est auteur d'un excellent traité de chirurgie en quatre volumes. La première partie du quatrième volume a paru l'année dernière; les premier et deuxième volumes sont aujourd'hui à leur seconde édition. Œuvre

considérable, résumé de la pratique et des travaux de l'auteur, ce livre, fait avec beaucoup de soin, est non-seulement un travail d'érudit, mais l'œuvre d'un praticien distingué.

M. Théod. Billroth, professeur de chirurgie à l'Université de Zurich, rédige avec Gurlt les *Archives de chirurgie* de Langenbeck. Les travaux de cet éminent pathologiste s'étendent dans un rayon très-étendu : anatomie, physiologie, anatomie pathologique et chirurgie. Les *Archives* de Muller, de Virchow, le *Deutsch Klinik*, les *Archives* de Langenbeck sont les premiers dépositaires de ses confidences scientifiques. Il a publié en outre, avec le concours des professeurs Lorinser, Pittra et Nussbaum, un grand traité de chirurgie : *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie*.

Je n'ai point la prétention de vous faire l'exposé entier des travaux de cet éminent confrère; je signalerai seulement ceux qui, par leur nature, se rapprochent le plus de nos occupations ordinaires. En 1855, M. Billroth a publié des recherches intéressantes sur la structure des polypes muqueux : *Ueber den Bau der Schleim-Polypen;* en 1858, un mémoire sur l'hystologie pathologique : *Beiträge zur pathologischen Histologie;* en 1859, une étude historique sur les méthodes de traitement des plaies d'armes à feu depuis le xve siècle : *Historische Studien über die Beurtheilung und Behandlung der Schusswunden vom 15. jahrh.;* en 1859, dans les *Archives* de Virchow, un travail intéressant sur la structure des tumeurs médullaires et sur les cancroïdes accompagnés de kystes muqueux. Dans les *Archives* de Langenbeck pour l'année 1861, le professeur Billroth a inséré un mémoire très-étendu, dont la première partie en 1861 et la deuxième partie plus tard, sur la fièvre et les accidents fébriles qui compliquent ou accompagnent les blessures et les opérations chirurgicales : *Beobachtungsstudien über Wundfieber und accidentelle Wundkrankheiten.* Une note intéressante, intitulée : *Miscellanées ostéologiques*, note dans laquelle M. Billroth préconise un procédé opératoire pour faciliter l'ablation des tumeurs volumineuses dans la cavité buccale. Ce procédé consiste à scier la mâchoire inférieure, à écarter les deux segments divisés comme les deux mandibules d'un insecte, de se créer ainsi une voie plus large dans l'acte opératoire ; l'opération achevée, on réunit les deux segments osseux avec des sutures métalliques, passées dans les os au moyen d'un perforateur. Je n'ai point à justifier ici la nouveauté du procédé, mais seulement à l'indiquer. Dans la même note, il est question de l'opération de la staphyloraphie et de l'uranoraphie pratiquée chez les nouveau-nés. Trois fois M. Billroth a fait cette opération, et quoique un demi-succès eût été une fois obtenu, il ne cache point les difficultés de l'opération et ses dangers.

Dans le journal *Deutsche Klinik*, M. Billroth a publié des recherches sur la structure des tumeurs des glandes salivaires, et deux mémoires sur les résections, mémoires sur lesquels j'appellerai votre attention. Le premier a pour sujet la résection de l'articulation coxo-fémorale. M. Billroth, impressionné par la mortalité occasionnée par cette résection (12 sur 32) dans les observations qu'il a étudiées, la rejette pour les cas où il s'agit de l'appliquer aux maladies articulaires. Son sentiment change et son opinion se modifie lorsqu'il est question de pratiquer la même opération pour des cas traumatiques, les plaies par balles, par exemple; dans ce cas, la résection est acceptable, et doit être préférée à la désarticulation. L'autre mémoire regarde la résection du genou. Après en avoir bien posé toutes les conditions opératoires, il établit que, toutes les fois que dans cette résection le trait de scie est porté en plein sur le tissu épiphysaire, on a grande chance d'obtenir une consolidation.

Je viens, messieurs, de vous exposer très-sommairement les titres, les travaux, etc., des chirurgiens distingués que la commission vous propose pour les places de membres de la Société de chirurgie dans la classe des correspondants étrangers que vous devez nommer dans cette session.

Dans l'énumération rapide que j'ai eu l'honneur de vous présenter, des travaux d'une certaine valeur n'ont pas été mentionnés; nous croyons cependant que l'exposition que nous venons de vous faire des titres et travaux de ces éminents confrères, légitiment le choix de vos commissaires. Nous avons donc l'honneur, messieurs, de vous proposer de nommer membres correspondants de la Société impériale de chirurgie (par ordre alphabétique) :

MM. Théodore Billroth, à Zurich;
Émile Brown-Séquard, à Boston;
E.-C. Donders, à Utrecht;
Fréd.-G. Emmert, à Berne;
Ernest Gurlt, à Berlin;
Timothy Holmes, à Londres;
Georges Murray-Humphry, à Cambridge;
Thomas Longmore, à Nettey (Southampton);
J. Neudörfer, à Prague;
Stephen Smith, à New-York.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SÉANCE ANNUELLE.

DISCOURS DU PRÉSIDENT.

M. BROCA. Messieurs, avant de donner la parole à notre éminent secrétaire général, qui vous rendra compte de vos travaux pendant la dernière année, je dois vous demander quelques moments d'attention pour me conformer à l'article 20 des statuts, qui oblige le président à vous présenter, au début de cette séance solennelle, un rapport sur la situation morale et financière de la Société.

La commission des comptes n'ayant pas encore terminé son travail, je ne puis entrer dans le détail des chiffres; et ce n'est point là d'ailleurs ce que vous attendez de moi, mais vous apprendrez avec satisfaction que jamais, depuis la fondation de la Société, l'état de nos finances n'a été aussi prospère. L'application des nouvelles mesures que vous avez adoptées il y a trois ans, a maintenant porté ses fruits. Malgré la suppression des contributions extraordinaires, malgré l'heureuse et considérable réduction quo votre assiduité croissante a fait subir au produit des amendes, et enfin malgré l'extension donnée à la publication de nos *Mémoires,* le budget de 1865 se liquidera, tous frais payés, par un notable excédant de recettes. Cette situation continuera à s'améliorer pendant plusieurs années, grâce aux modifications qu'un décret récent rendu par l'Empereur, sur l'avis du conseil d'État, a introduit dans nos statuts. La Société, qui jusqu'ici n'avait pu qu'exceptionnellement prendre à sa charge les frais de publication des planches et des figures, reste en mesure de le faire désormais toutes les fois que le comité le jugera nécessaire, et nos *Mémoires,* déjà si recherchés, y gagneront encore en importance et en intérêt.

Vous avez remarqué sans doute que les fascicules se suivent maintenant à des intervalles plus courts et plus réguliers, de telle sorte qu'à l'avenir nous pourrons compléter, tous les deux ans, un volume de *Mémoires.* Remercions-en le comité de publication et le secrétaire général qui ont eu le mérite d'introduire cette utile amélioration; mais ajoutons, à la décharge de leur devancier, que le zèle des administrateurs précédents était souvent entravé par la prudence du trésorier.

Remercions aussi et surtout les anciens membres honoraires et correspondants nationaux qui, revêtus de leur titre à une époque où il n'imposait aucune charge, et libres d'opter pour les anciens statuts, ont cependant presque tous adhéré, avec l'empressement le plus cordial et le plus flatteur, aux nouveaux statuts, dont l'effet n'était pas rétroactif. Leur adhésion spontanée nous a montré combien les intérêts

de la Société leur sont chers; et grâce à eux, une innovation qui ne devait introduire dans nos finances que des améliorations lentes et graduelles, nous a ouvert immédiatement l'ère de prospérité que nous avions cru préparer seulement pour nos successeurs.

En adoptant ces nouvelles mesures, vous vous proposiez, messieurs, d'accroître les ressources de la Société; mais vous pressentiez aussi qu'une participation plus directe à notre vie collective resserrerait de plus en plus les liens de solidarité qui existaient entre nous et nos collègues des départements. Cette prévision n'a pas manqué de se réaliser; les communications qu'ils nous ont adressées sont devenues plus fréquentes et plus intéressantes. Lorsqu'un fait important se présente dans leur pratique, lorsqu'une idée nouvelle germe dans leur esprit, c'est à la Société de chirurgie qu'ils s'empressent d'en offrir les prémices.

En même temps que nos membres correspondants nous donnaient tous des preuves de leur zèle et de leur dévouement, nous avons vu s'accroître rapidement le nombre de nos candidats. Il y a huit ans, lorsque la Société, pour donner à l'élection de ses membres correspondants le caractère d'une compétition sérieuse, crut devoir limiter à 70 le nombre des correspondants nationaux, elle ne prévoyait pas que ce chiffre deviendrait bientôt insuffisant. Pendant les quinze premières années de son existence, les nominations individuelles ne lui avaient donné que 46 correspondants : il semblait donc probable que le chiffre de 70 ne serait pas atteint de sitôt. Mais dès que le système de la compétition fut adopté, et que l'élection annuelle au scrutin de liste, sur le rapport d'une Commission générale, eut remplacé le système primitif, les candidatures devinrent de plus en plus nombreuses, de sorte qu'au bout de cinq ans, après avoir entièrement rempli son cadre, la Société resta en présence d'une longue liste de candidats, parmi lesquels figuraient beaucoup de chirurgiens distingués, et dont l'élection, faute de places vacantes, se trouvait indéfiniment ajournée. Désormais, pour élire de nouveaux collègues, il fallait attendre que la mort eût frappé les anciens; ce fut ainsi que la Société fut appelée à élire trois correspondants nationaux en 1863; mais l'année 1864 s'écoula tout entière sans nouvelles vacances, et mon honorable prédécesseur, M. Richet, dans son discours de fin d'année, exprima, au nom du Bureau, le regret que nous avions éprouvé de ne pouvoir donner satisfaction à l'impatience légitime de nos candidats, dont le nombre allait toujours croissant.

Il était clair, en effet, que notre cadre était beaucoup trop restreint. Le nombre de nos correspondants nationaux était bien inférieur à celui de nos départements. Puis, n'était-il pas nécessaire de donner

un certain nombre de places à nos confrères de l'armée et à ceux de la marine impériale ? Et enfin, lorsqu'un Français pratiquait et cultivait avec distinction la chirurgie, soit dans nos colonies, soit dans un pays étranger, fallait-il lui fermer nos portes ? Vous avez donc pensé, Messieurs, qu'il était juste et utile de donner plus d'extension à notre liste ; et vous avez demandé au gouvernement l'autorisation de porter à cent le nombre de nos membres correspondants nationaux.

Vous vous êtes préoccupés en même temps de l'élection des correspondants étrangers. Nos anciens statuts ne nous permettaient de faire notre choix que parmi les savants qui avaient fait acte de candidature. Cette restriction était fâcheuse, car les chirurgiens étrangers n'étaient pas obligés de connaître nos statuts, et ceux qui les connaissaient hésitaient souvent à s'y soumettre. Aussi, quoique ces candidats ne fissent pas défaut, ces commissions jalouses de ne vous présenter que des noms dignes de vos suffrages, furent-elles plus d'une fois obligées de vous proposer une liste écourtée, et de rester bien en deçà du nombre des places déclarées vacantes. Pour faire cesser cette situation, vous avez demandé l'autorisation de procéder directement à l'élection des membres correspondants étrangers.

Telle est, Messieurs, la double modification que vous avez introduite dans vos statuts. Nous avons dû en demander la confirmation au gouvernement qui a seul qualité pour modifier les statuts des sociétés reconnues d'utilité publique, et en obtenant ce que nous sollicitions, nous avons obtenu en outre la plus flatteuse des distinctions auxquelles puisse aspirer une société savante. Le même jour a vu paraître au *Moniteur* deux décrets impériaux rendus sur l'avis du conseil d'État. L'un de ces décrets modifiait, suivant nos désirs, trois articles de nos statuts ; l'autre conférait à notre Société le titre de *Société impériale de chirurgie*.

Il nous est permis, Messieurs, de nous enorgueillir de cette haute récompense, et de croire que nous la devons avant tout à l'importance de nos publications. Mais nous serions ingrats de ne pas exprimer notre reconnaissance à M. le Ministre de l'instruction publique, dont la bienveillance éclairée est allée en quelque sorte au-devant de nos vœux.

Les trente places de correspondants nationaux qui viennent d'être créées auraient pu être aisément remplies cette année même, et la liste des candidats aurait encore été bien loin d'être épuisée. Mais c'eût été reproduire immédiatement la situation dont nous venons de sortir. Vous avez d'ailleurs pensé qu'il était juste de laisser à de nouvelles candidatures le temps de se manifester. Vous avez donc

décidé que six des nouvelles places seulement seraient données chaque année, sans préjudice de celles qui pourraient devenir vacantes par décès ou par mutation.

Appliquant pour la première fois ce principe, vous avez dû ajouter cette année aux six places réglementaires, les deux places laissées vacantes par la mort si regrettable de nos plus éminents collègues des départements, M. le professeur Alquié, de Montpellier, et M. le docteur Rigal, chirurgien en chef de l'hôpital de Gaillac. Une troisième vacance s'est produite en même temps, et celle-là du moins ne nous a pas laissé de regrets, car elle a été la conséquence de la mutation de M. Maurice Perrin, qui n'a cessé d'être membre correspondant que pour devenir membre titulaire. Le nombre des places disponibles a ainsi été porté à neuf. Ce chiffre, au premier abord, paraissait un peu élevé, mais la discussion qui a suivi la présentation de la liste de la commission générale, a prouvé qu'il aurait fallu une liste beaucoup plus longue pour donner place à tous les chirurgiens vraiment distingués qui ont sollicité vos suffrages.

La commission chargée de présenter des candidats aux places de correspondants étrangers, a pu disposer de douze places, pour combler les lacunes laissées par les élections des années précédentes. Libre de porter son choix sur les chirurgiens du monde entier, elle avait à remplir une tâche très-difficile et très-délicate. Tout autre que le savant rapporteur de cette commission aurait eu besoin d'un travail immense pour passer ainsi en revue toute la chirurgie étrangère. Mais M. Giraldès est depuis longtemps familiarisé avec ces études cosmopolites. Il connaît les institutions aussi bien que les hommes, la biographie aussi bien que la bibliographie, et le rapport si remarquable, si complet, qu'il nous a lu à l'appui de la présentation de la commission, a rendu la séance du comité secret plus intéressante ou plus instructive que ne le sont beaucoup de nos séances publiques.

Vous avez décidé tout d'une voix que ce rapport ne devait pas être perdu pour la science, qu'il serait publié intégralement dans nos *Bulletins*. Mais cette décision particulière fournissait l'occasion d'examiner une question plus générale. Notre éminent collègue, M. Larrey, renouvelant ici une proposition qu'il a déjà faite dans une autre enceinte, a émis le vœu que les rapports sur les prix et sur les candidatures fussent lus et discutés en séance publique, et publiés aux *Bulletins* comme nos travaux ordinaires. Cette proposition ne pouvait être l'objet d'un vote immédiat; mais elle a paru réunir l'approbation d'un grand nombre de membres, et, en chargeant une commission de la mettre à l'étude, votre bureau a été heureux de constater qu'elle n'était en opposition avec aucun article de nos statuts.

Si l'année qui vient de s'écouler a vu prospérer nos finances et grandir notre position, elle a été d'un autre côté bien cruelle pour nous. Jamais la mort n'avait creusé dans nos rangs des vides aussi nombreux. Elle a frappé, à quelques mois d'intervalle, deux de nos membres correspondants nationaux, MM. Alquié, de Montpellier, et Rigal, de Gaillac ; et trois de nos membres titulaires, MM. Debout, Morel-Lavallée, et Bauchet. Je ne puis songer, Messieurs, à vous rappeler aujourd'hui les services divers que ces collègues aimés et regrettés ont rendus à la science. Je ne pourrais le faire sans abuser de vos moments, et sans empiéter sur les attributions des orateurs qui seront appelés à prononcer ici les éloges auxquels ils ont droit. Je dois me borner à exprimer ici la douleur que la Société a éprouvée en perdant ainsi coup sur coup plusieurs de ses membres les plus utiles et les plus estimés, douleur que devait accroître encore la mort de l'illustre professeur Malgaigne. M. Malgaigne, depuis bien longtemps, s'était volontairement séparé de nous à la suite de quelques difficultés intérieures, purement administratives, dont je ne dois pas me faire juge. Mais il était un des membres fondateurs de la Société, un de ceux qui avaient le plus contribué à ses premiers succès. Elle ne pourrait surtout oublier, sans ingratitude, que c'est à lui qu'elle doit sa belle devise : *Vérité dans la science, moralité dans l'art.* Qu'il me soit donc permis, Messieurs, de payer aujourd'hui à ce maître éminent un juste tribut de regrets.

A la place de ceux qui nous ont quittés, vous avez élu cette année cinq membres titulaires : MM. Perrin, Panas, Tarnier, Labbé et Desprès. Il m'est doux de pouvoir, en terminant, souhaiter la bienvenue à ces nouveaux collègues, qui ont déjà pris une part active à notre vie scientifique, et qui nous aideront à perpétuer dans la Société impériale de chirurgie, les traditions de travail et de bonne confraternité que nos anciens nous ont transmises.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Pour l'année 1865,

Par M. LEGOUEST, secrétaire général.

Messieurs,

L'histoire des Sociétés savantes se compose essentiellement, vous le savez, des comptes rendus annuels de leurs travaux et des éloges de leurs membres décédés par le secrétaire général ou l'un des secrétaires de ces compagnies. Mon honorable collaborateur, M. Blot, a bien voulu se charger de retracer la vie de Cazeaux ; la conformité de ses études avec celles de notre regretté collègue le désignait pour l'accomplissement de cette tâche dont, sans aucun doute, vous le remercierez tout à l'heure par d'unanimes applaudissements. Pour moi, je remplirai aujourd'hui le devoir plus modeste d'exposer vos travaux de l'année, et je m'estimerai heureux si je m'en acquitte au gré de ceux qui font plus de cas de la stricte vérité que d'une exactitude banale ou complaisante.

Messieurs, nous n'avons pas fait, cette année, de choses bien nouvelles : les sociétés vieillissent comme les hommes et reviennent souvent aux mêmes idées; mais elles ont le privilége de rajeunir à mesure que leurs membres disparaissent et sont remplacés par d'autres. Cependant nous n'en avons pas moins utilement travaillé, et la jeune et nombreuse phalange de nouveaux élus qui assiste aujourd'hui pour la première fois à cette séance, nous a vaillamment prêté son concours, soit en entrant directement dans nos discussions, soit en les provoquant par ses communications. Je mentionnerai à ce sujet les rapports qui ont été faits, l'un par M. Danyau sur une observation, due à M. Tarnier, d'*avortement provoqué dans un cas d'ostéomalacie*, l'autre par M. Dolbeau, sur un travail de M. Labbé, intitulé : *De la propagation de l'inflammation au péritoine à la suite des adénites inguinales*, rapports qui tous deux ont pris place dans nos mémoires avec les travaux qui en font l'objet, à côté de l'intéressant essai de M. Panas *sur les signes qui caractérisent la compression de la portion cervicale et thoracique du nerf grand sympathique.*

Si je suivais l'ordre chronologique de nos séances, je dirais que

nous avons ouvert cette session par une ancienne et célèbre discussion, épuisée jadis devant l'Académie de médecine; je veux parler de la cause de l'étranglement dans les hernies abdominales : nous y avons entendu M. Chassaignac soutenir la thèse de l'étranglement des hernies crurales par le ligament de Gimbernat, à l'exclusion de toute action du septum cribriformis, avec un talent qui aurait pu convaincre des hommes moins assurés de l'opinion contraire que ne le sont la plupart d'entre nous.

Mais la variété de nos travaux m'oblige à les classer dans un ordre philosophique, indiquant sommairement les uns, donnant aux autres l'importance que vous leur avez donnée vous-mêmes.

A l'occasion d'une présentation faite par M. Broca de pièces d'anatomie pathologique relatives à une brûlure de la muqueuse pulmonaire par la vapeur d'eau portée à une haute température, M. Le Roy de Méricourt, un de nos confrères distingués de la marine impériale, nous a communiqué un certain nombre de cas analogues qui se sont produits dans la chirurgie navale, à bord des bâtiments à vapeur. Dans ces circonstances, la rapidité plus ou moins grande de la mort paraît due à l'asphyxie que détermine le boursoufflement de la muqueuse mise en contact avec la vapeur ; de là le précepte donné par un de ces deux observateurs, et plus facile, je le crains, à formuler qu'à suivre : « Quand on se trouve dans une chambre fermée où s'échappe tout à coup de la vapeur brûlante, il faut s'efforcer de ne pas respirer jusqu'à ce qu'on ait pu donner accès à l'air. »

Je me borne à rappeler que plusieurs de nos collègues vous ont fait voir quelques productions cornées, quelques tumeurs fibreuses de la peau dont l'histoire se complète chaque jour, pour faire remarquer que l'histoire d'une autre affection de la peau et du tissu cellulaire qui la double, celle de l'anthrax, semble entrer dans une ère nouvelle, au point de vue du traitement. Aux larges incisions conseillées par tous les auteurs, et dont MM. Velpeau et Larrey restent partisans, M. Broca pense que l'on pourrait substituer l'extirpation, M. A. Guérin les incisions sous-cutanées, M. Follin la cautérisation, M. Boinet les badigeonnages abortifs, M. Forget les badigeonnages détersifs avec la teinture d'iode. Le traitement d'une affection sinon épidémique, au moins saisonnière, déprimante au premier chef, et révélant quelquefois l'existence d'un mal bien autrement redoutable, le diabète, devait-il seul, à l'exclusion du traitement général, préoccuper nos collègues? Leurs propositions, il est vrai, tendent à prévenir la phlébite et l'infection purulente, un des accidents provoqués par l'anthrax et même par le furoncle; mais je demande humblement pardon de douter que jamais semblable espérance soit ainsi réalisée.

Les maladies des artères offrent, chaque année, à la Société, d'intéressants sujets d'étude. Elles ont fourni à MM. Demarquay et Labbé, et à votre secrétaire général, l'occasion de vous présenter des cas d'anévrysmes traités par la compression. Dans l'un d'eux, la compression digitale à distance fut seule employée et suivie de succès; dans un autre, la compression digitale succéda à la compression mécanique, et donna encore un succès; dans un troisième, la guérison ne fut obtenue que par l'emploi successif de moyens variés de compression; celle-ci échoua enfin dans le quatrième et dernier cas, où M. Velpeau fut obligé de recourir à la méthode ancienne. Malgré cet échec, il ne demeure pas moins établi que la compression digitale à distance est le moyen par excellence de traiter les anévrysmes artériels : c'est un honneur pour la Société de chirurgie d'avoir reçu les prémices de cette merveilleuse méthode des mains mêmes de son inventeur, M. le docteur Vanzetti (de Padoue), et c'est un juste hommage que vous avez rendu à ce dernier en lui conférant le titre de membre associé étranger.

Il est cependant des lésions artérielles qui restent au-dessus des ressources de l'art ou que la chirurgie croit prudent de respecter : tel est l'anévrysme du tronc brachio-céphalique dont M. le docteur Gaujot a mis sous vos yeux les pièces d'anatomie pathologique; telle est encore la blessure probable de la carotide primitive ou de la sous-clavière, sur laquelle M. Letenneur, notre membre correspondant à Nantes, vous a consultés. Un judicieux rapport de M. Lefort a fait ressortir les raisons pour lesquelles il convient de s'abstenir de tout traitement actif dans le premier cas; la guérison spontanée du blessé, dans le second, a justifié le conseil donné par MM. Velpeau, Larrey et Richet, de temporiser jusqu'à l'apparition d'accidents réclamant une urgente intervention.

La physiologie et la pathologie du système osseux ont occupé une place importante dans vos travaux. Un des maîtres de l'art, qui conserve dans sa haute situation le goût et l'ardeur de pousser jusqu'à solution complète les questions scientifiques, M. Sédillot, nous a adressé une communication sur l'ostéoplastie par déplacement du périoste en général et sur l'ouranoplastie périostique en particulier. Notre éminent collègue se croit fondé à soutenir que la chirurgie n'a rien obtenu et n'obtiendra rien de l'ostéoplastie par déplacement de lambeaux périostés, et il conteste la vérité des paroles prononcées par le secrétaire annuel dans le *Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie, pendant l'année 1864* : « L'ostéogénie de la voûte palatine est incontestable chez les animaux. » Niés résolûment par M. Sédillot, douteux pour un grand nombre de chirurgiens, les heureux résultats de la chirurgie sous-périostée sont, au contraire,

ıarfaitement acquis à la science pour MM. Ollier et Verneuil, et ce dernier de nos collègues a promis de nous le démontrer.

Des ostéites épiphysaires gagnant la diaphyse malgré la présence du cartilage intermédiaire; des déformations du squelette consécutives à l'ostéomalacie; des exostoses dites de *croissance*, ayant constamment pour siége le lieu où l'épiphyse s'unit à la diaphyse; un cas très-remarquable de fracture double des condyles du maxillaire inférieur, ont été soumis à votre observation; et c'est une pièce anatomo-pathologique d'ostéite du grand trochanter ayant simulé une coxalgie chez une jeune fille, qui a donné lieu à une très-longue discussion sur cette dernière maladie.

Toute l'histoire de la coxalgie fut passée en revue : il semblait que depuis les travaux déjà éloignés de Bonnet et de notre collègue M. Parise, de récentes découvertes devaient la modifier en la complétant. Rien n'était plus difficile, quelquefois, que le diagnostic de cette affection; de nouveaux signes, tels que la limitation ou l'abolition complète de l'abduction de la cuisse, la différence du rhythme dans la marche, l'inégalité de niveau entre les deux genoux, les cuisses étant fléchies sur le bassin et les pieds placés sur la même ligne, étaient nécessaires pour la reconnaître : à ses formes déjà signalées devait être ajoutée la forme spasmodique; à son traitement par le redressement brusque et l'immobilisation de l'article, il fallait joindre l'extension et, en même temps, faire sortir les malades; un bandage inamovible, dextriné ou amidonné, rendu plus solide par l'addition de toile métallique ou de légères gouttières en fil de fer, constituait le meilleur appareil pour immobiliser l'articulation; et c'est à l'aide d'appareils mécaniques venus du Nouveau-Monde que la hanche devait être soumise à l'extension, en même temps que les petits malades se promenaient, car j'ai négligé de dire qu'il ne s'agissait que de la coxalgie chez les enfants : enfin, les méthodes nouvelles de traitement avaient singulièrement modifié le pronostic, jadis toujours si grave, de la maladie. Ces assertions, les unes parfaitement justes, les autres moins soutenables, étaient particulièrement avancées par MM. Marjolin, Verneuil et Lefort.

Quelques protestations, cependant, à leur tour plus ou moins fondées, s'étaient élevées contre ces propositions réputées nouvelles et présentées d'une manière un peu absolue, lorsque M. Bouvier, résumant la discussion et l'éclairant de ses propres observations, replaça la question sous son véritable jour, démontra sans peine qu'elle n'était ni aussi neuve, ni aussi avancée qu'on avait paru le croire, et sut rallier le plus grand nombre des opinions touchant les différentes phases qu'elle présente.

La discussion paraissait épuisée, quand plusieurs de nos collègues, M. Depaul à leur tête, lui donnèrent un aliment nouveau et un nouvel intérêt, en rappelant l'influence exercée par la coxalgie sur la conformation du bassin et consécutivement sur la parturition.

Les maladies des articulations sont une mine pathologique inépuisable. Des corps mobiles articulaires, les uns développés spontanément et en très-grand nombre, d'autres isolés et provenant de fractures des cartilages, ont été mis sous vos yeux : l'histoire de tentatives de réduction d'une luxation ancienne ayant déterminé une fracture vous a été exposée par M. Verneuil; elle a fourni incidemment à M. Hervez de Chégoin l'occasion de dire combien peu a d'inconvénients, chez les vieillards, l'abandon à elles-mêmes des fractures du col du fémur, et elle nous a valu de M. de Chassaignac un discours très-apprécié sur l'anatomie pathologique des vieilles luxations, sur les tentatives de réductions auxquelles elles peuvent être soumises, et sur la valeur plus que douteuse de certaines manœuvres ayant pour but de restituer aux extrémités articulaires déplacées un domicile et des mouvements qui ne sont jamais que l'œuvre du temps.

Messieurs, il est une branche de l'art qui, sans aucun doute, à réalisé, depuis quelques années, de véritables progrès; je veux parler de l'ophthalmologie : et la Société de chirurgie a la bonne fortune de compter dans son sein des hommes qui s'appliquent de tous leurs efforts à y contribuer. Ils vous ont fait voir des pièces anatomo-pathologiques d'ossifications sous-rétiniennes, de cataracte noire, de glaucome chronique reconnus, pendant la vie, à l'aide de l'ophthalmoscope. MM. Perrin, Panas et Follin nous ont entretenus de cette opération, nouvelle dans son application, consistant à ponctionner l'œil ou à pratiquer l'iridectomie dans les cas de glaucome aigu. Ces chirurgiens ont été obligés de recourir à l'extirpation de l'œil, après avoir vainement, et à plusieurs reprises, usé de la méthode nouvelle, dont les éclatants succès obtenus l'année dernière ne se sont pas reproduits. Nous n'avons pas à nous en étonner ; la seule chose qui nous surprenne et que nous ne pourrions admettre, si l'ophthalmoscope n'avait apporté dans le diagnostic des maladies des yeux une précision mathématique, c'est que le glaucome, affection considérée jadis comme rare, soit au contraire assez commune pour fournir l'occasion de faire d'aussi nombreuses opérations de ponction du globe oculaire ou d'iridectomie.

Quarante ans se sont écoulés depuis que Roux mettait le sceau à sa réputation chirurgicale en inventant la staphyloraphie, et déjà cette opération, accueillie par nos maîtres avec une faveur enthousiaste, est aujourd'hui discutée dans son utilité absolue, c'est-à-dire

dans l'utilité de ses résultats quant aux fonctions dont jouit le voile du palais restauré. C'est M. Trélat, deux fois heureux dans deux opérations de staphylorraphie, qui lui-même a posé et discuté devant vous, avec MM. Verneuil et Panas, cette question : Faut-il remédier aux divisions du palais par les opérations ou par la prothèse ? L'espérance de voir le voile du palais reconstitué fermer complétement le pharynx, soit parce qu'il a conservé la plus grande partie de son appareil musculaire, soit parce que le constricteur du pharynx hypertrophié vient à sa rencontre, autorise à pratiquer une opération qui, dans ces circonstances, sera suivie de résultats d'autant plus satisfaisants que les sujets se soumettront à une gymnastique locale. Dans les cas contraires, il vaut mieux ne pas opérer et recourir à la prothèse. Ces conclusions viennent à l'appui de la théorie émise à ce sujet par MM. Passavent et Simon, théorie combattue par M. Hermann de Breslau.

L'autoplastie vous a donné son contingent de faits par les mains habiles de MM. Richet et Denonvilliers. Le premier vous a fait voir une très-heureuse restauration de la paupière inférieure dont la date remonte déjà à sept ans ; le second, la plus considérable des restaurations de la face qui peut-être ait été jamais pratiquée. Dans ce dernier cas, on ne sait ce qu'il faut le plus admirer de la courageuse persévérance de l'opérée ou des ingénieuses combinaisons du chirurgien. Enfin M. Giraldès vous a décrit un nouveau procédé opératoire pour le bec de lièvre compliqué, procédé à lambeaux que notre collègue a déjà employé deux fois avec succès.

Après avoir disparu pendant quelque temps de nos ordres du jour, les opérations applicables à la cure des polypes naso-pharyngiens y ont été ramenées par une communication de M. A. Guérin. L'ablation du maxillaire supérieur, la destruction de la voûte palatine et les autres opérations dites préliminaires qui la plupart laissent après elles des mutilations irrémédiables sont-elles toujours indispensables et ne pourraient-elles être remplacées par des moyens moins rigoureux ? Telle est le point de chirurgie qui a occupé notre dernière séance de l'an passé et qui doit occuper nos premières réunions de l'année nouvelle.

Je compléterai ce qui me reste à dire de vos travaux sur les affections de la tête, en rappelant les observations qui vous ont été présentées par MM. Richet et Chassaignac sur les phénomènes graves d'intoxication survenant quelquefois dans le cours du traitement de certaines fractures du maxillaire inférieur dites simples. Mais, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Larrey, Trélat et Marjolin, sont-ce bien des fractures simples que celles dont le foyer communique avec

l'extérieur, est le siége d'une suppuration plus ou moins abondante et de décollements du périoste ? et les observations de nos collègues précités n'ont-elles pas trait à des fractures simples en apparence, mais véritablement compliquées, et par conséquent exposées à tous les dangers de ces accidents ?

Viennent, sans transition, les affections des organes génito-urinaires, parmi lesquelles je mentionnerai un kyste de l'ovaire enlevé avec succès par un de nos confrères étrangers à la société, M. Berrut, et que vous avez examiné avec l'intérêt qu'excitent toujours plus ou moins les choses insolites : quelques tumeurs fibreuses de l'utérus d'un diagnostic difficile opérées par M. Désormeaux ; un volumineux polype fibreux de l'urèthre rencontré par M. Giraldès; enfin les rétrécissements de l'urèthre chez l'homme. La préférence à donner, dans le traitement de cette affection, à l'uréthrotomie interne ou à la dilatation, déjà plusieurs fois controversée dans cette enceinte, a été de nouveau débattue.

Vous vous rappelez, sans doute, la fermeté de conviction avec laquelle M. Perrin a conclu de sa communication à ce sujet, que « l'uréthrotomie interne, méthode évidemment perfectible dans ses « indications, dans son instrumentation, dans les soins qu'elle « réclame, lui paraît devoir être préférée, comme méthode générale, « à la dilatation progressive, méthode évidemment routinière et « impuissante. »

Et vous n'avez pas oublié la vive opposition faite à cette manière de voir par M. A. Guérin, concluant de son côté que « la raison, l'a- « natomie pathologique et les observations consignées dans la science, « repoussent l'opinion des chirurgiens qui rejettent la dilatation « pour adopter d'une manière exclusive l'uréthrotomie superficielle. »

N'est-il pas permis de croire que la vérité, comme il arrive presque toujours, se trouve entre ces deux opinions extrêmes, tout en établissant cependant ce fait, selon nous incontestable, que l'uréthrotomie va se répandant de jour en jour davantage et inspirant moins de craintes, à mesure que ses indications sont mieux connues et ses procédés plus parfaits.

La tératologie seule a fait l'objet des communications que vous avez reçues sur les affections du membre supérieur : à l'occasion d'une présentation faite par M. Guyon d'un cas de doigts surnuméraires, un grand nombre de nos collègues résidants ou correspondants vous ont adressé à l'envi des cas analogues; de sorte que la société possède aujourd'hui une curieuse collection d'observations de dessins ou de moules en plâtre de monstruosités digitales.

Le seul point de chirurgie spéciale du membre inférieur dont vous

vous soyez occupés, c'est la conduite à tenir dans les cas de lésions traumatiques de l'articulation du genou : il est encore à l'ordre du jour. Déjà vous avez entendu M. Verneuil, considérant avec raison les blessures de l'articulation du genou comme très-graves, réclamer des règles de pratique en pareils cas, incliner fortement vers les moyens de la chirurgie opératoire et faire à l'expérience de tous nos collègues, sur ce sujet, un appel qui n'est pas resté sans réponse : déjà de nombreuses observations vous ont été envoyées, dont malheureusement on ne peut encore tirer aucune conclusion certaine. Mais nous savons que notre honorable collègue M. Larrey doit prochainement prendre la parole sur cette question qu'il épuisera sans doute : c'est pourquoi nous nous bornerons à faire remarquer que le traitement des plaies articulaires du genou, que nous appellerons conservateur, sans être absolument aussi vain et aussi pauvre en ressources que l'en accuse M. Verneuil, n'en est pas moins très-souvent obligé de céder le pas à l'amputation de la cuisse ; et que, s'il en était autrement, on n'aurait pas cherché à substituer la résection de l'article à cette redoutable opération.

A l'égard de cette dernière question, comme à l'égard de bien d'autres, la science est loin d'être fixée : témoin l'histoire qui vous a été rapportée d'une résection du genou, et celle d'une résection de la tête du fémur, faites toutes deux sans succès par nos plus habiles collègues, alors que pour les chirurgiens d'outre-Manche et d'Amérique, la réussite de ces opérations paraît être la règle ; témoin l'heureux résultat que vous avez pu constater d'une amputation tarso-tarsienne, alors que cette opération, en raison même des accidents consécutifs du moignon, est assez généralement rejetée de la pratique.

Je termine enfin cette longue énumération des sujets qui ont fixé votre attention, en signalant quelques appareils et instruments qui vous ont été présentés : des appareils inamovibles rendus imperméables; des aiguilles à staphyloraphie modifiées par M. Trélat; un appareil, déjà ancien, de M. Mélier, pour maintenir réduites les luxations de l'extrémité interne ou externe de la clavicule ; un spéculum laryngien aussi ingénieux que commode, de l'invention de M. le docteur Delabordette ; enfin des appareils mécaniques destinés à réduire les luxations du coude, de l'épaule et de la hanche, retour vers un passé oublié ou condamné, mais retour dont il faut reconnaître les perfectionnements et qu'un seul, l'addition du dynamomètre, préservera peut-être du sort des anciennes machines analogues.

J'avais donc quelque raison de vous dire en commençant, Messieurs, que nous n'avions pas fait de choses bien nouvelles, et que nous avions néanmoins utilement travaillé. C'est là, je le crois, la

véritable mission des sociétés savantes : la première en date et la plus glorieuse, l'Académie française, à ses débuts, n'était pas exclusivement composée de novateurs illustres en littérature ou en philosophie; mais les premiers académiciens frayèrent le chemin à ceux qui devinrent un jour de grands hommes, ils jetèrent les fondements de la réforme des esprits, ils ensoignèrent à s'exprimer et à penser. Il n'est donc pas nécessaire que les sociétés savantes produisent des choses nouvelles pour être utiles, pour être prospères; il suffit qu'elles soient l'expression du mouvement intellectuel et scientifique de leur époque.

Mais tout mouvement scientifique et intellectuel se compose, d'une part, de l'examen et de la révision des idées et des travaux antérieurs, de l'autre, du développement d'idées et de productions nouvelles. Aussi les sociétés savantes ne sauraient-elles être exclusives, sous peine de décadence : dégagées des entraves de l'enseignement officiel, elles ont le devoir d'accueillir les idées neuves qui, avant de se répandre, y font un stage salutaire, et celui de souffrir le libre examen des idées anciennes. Elles ne peuvent donc vivre que sous un régime de liberté, à la condition qu'elles en usent avec sagesse, je dirai mieux, sous un régime de tolérance, comme toutes les institutions, qu'elles soient scientifiques ou morales, politiques ou religieuses.

S'il est, en effet, une espèce de superstition qui doive aujourd'hui disparaître, c'est le respect aveugle du passé; j'entends ce respect qui favorise l'ignorance, la paresse, la fausse science, pire encore; qui a nui pendant trop longtemps aux progrès de l'esprit, et qui dictait encore au parlement de Paris, il y a deux siècles à peine, un édit de bannissement contre les premiers chimistes qui osèrent admettre des éléments différents des quatre éléments d'Aristote.

Messieurs! Permettez-moi d'excuser le Parlement; il avait l'Université pour conseil. Or, entre tous les priviléges dont jouissait alors cette fille aînée des rois était celui de professer un dédain superbe pour tout ce qui n'était pas elle, et d'accueillir avec une feinte incrédulité les progrès auxquels elle ne contribuait pas; et parmi les médecins qui en faisaient partie, les uns avaient besoin d'afficher un air de supériorité, les autres se contentaient d'être gens d'esprit et causeurs aimables; nul n'avait l'étendue de l'instruction et des connaissances qui donne au jugement la sûreté et l'élévation.

Mais, en revanche, s'il est un écueil qu'il faille éviter, c'est le mépris systématique des travaux de nos prédécesseurs, c'est la tentation qu'éprouvent certains esprits de défaire ce qui a été bien fait. Qu'il me soit permis de répéter après un des penseurs de notre

temps, « que si la science repose sur la liberté, et si la liberté consiste à pouvoir toujours mettre en doute les résultats acquis, de très-graves inconvénients en résultent quelquefois ; je veux dire ces stériles agitations d'esprits inquiets ou ambitieux, ces pas en arrière sous prétexte de progrès, ces thèses bizarres où l'on voit remettre en question ce que le génie des grands maîtres avait prouvé. Quand depuis des années la science tourne dans le même cercle, et qu'aucune donnée nouvelle n'y a été introduite, quand des générations de savants ont consumé leur vie dans l'étude des faits, essayé pour les interpréter toutes les combinaisons possibles, il est difficile de trouver une idée neuve qui n'ait beaucoup de chance pour être un paradoxe. Aussi les esprits fermes et droits visent-ils moins à l'originalité des hypothèses qu'à donner la mesure exacte de ce qu'il est permis d'affirmer. »

Les sociétés savantes et en même temps spéciales, comme la nôtre, ne sauraient trop se préserver de la dangereuse tendance que nous venons de signaler, et qui pourrait faire accuser les hommes qui les composent de se livrer plus aux soins déguisés de leur propre renommée qu'à la pure recherche de la science. Cette recherche que comporte rarement l'enseignement officiel, trop souvent oratoire et quelquefois un peu routinier, se développe à l'aise, au contraire, dans les amphithéâtres privés et surtout dans les sociétés savantes, « champ de culture intellectuelle où chacun donne et reçoit, où chacun participe à la vie des autres et communie, si je puis dire, en commun. » Ces principes, messieurs, la Société de chirurgie les a toujours suivis, et à côté de sa devise: Moralité dans l'art, vérité dans la science, elle pourrait écrire ces paroles pleines de sens et de modestie dont toutes les assemblées devraient s'inspirer et que j'emprunte à P. L. Courier: « Donnez votre idée: si elle est bonne, on « en profite ; mauvaise, on la corrige et on en profite encore. »

FIN DU TOME SIXIÈME.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

D

E

1865

M

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

1865

TABLE DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

K

L

M

N

O

P

1865



FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

PARIS. — J. CLAYE, IMPRIMEUR, 7, RUE SAINT-BENOIT.